

292

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juillet 1893, à 2 heures

Par MAURICE CORBIÈRE,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LES

PRÉSENTATIONS DU SOMMET

(Variétés postérieures)

AU POINT DE VUE DE LA FRÉQUENCE ET DU PRONOSTIC

Président : M. PINARD, professeur.

Professeur : M. TILLAUX.

*Agrégés : MM. { RICARD.
VARNIER.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

292

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juillet 1893, à 2 heures

Par MAURICE CORBIÈRE,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LES

PRÉSENTATIONS DU SOMMET

(Variétés postérieures)

AU POINT DE VUE DE LA FRÉQUENCE ET DU PRONOSTIC

Président : M. PINARD, professeur.

Professeur : M. TILLAUX.

Agrégés : MM. { RICARD.
VARNIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEROVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILIAUX.
		LE FORT.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les présentations du sommet en variété postérieure ont été pendant longtemps réputées dangereuses ; la plupart des accoucheurs admettent encore aujourd'hui qu'elles sont beaucoup plus défavorables que les présentations du sommet en variété antérieure.

Sur le conseil de notre ami le docteur Lepage, chef de clinique à la maternité Baudelocque, nous avons cherché jusqu'à quel point était fondée cette opinion. Nous avons pour cela compulsé les observations, prises avec le plus grand soin, de tous les accouchements effectués dans le service de M. le professeur Pinard, pendant les années 1890, 1891, 1892, à la clinique Baudelocque.

Nous devons, avant d'exposer les résultats de nos recherches, rendre hommage à un travail du même genre fait à Lariboisière sous les auspices de M. le docteur Pinard et de M. Varnier. Maintes fois nous aurons à citer cet excellent travail qui nous a servi de guide, et dont l'auteur, Bataillard, a été enlevé si prématurément aux siens et à ses amis.

Qu'il nous soit permis aussi, en terminant nos études à la Faculté de remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux et principalement ceux dont nous avons été l'externe : MM. les professeurs Strauss et Fournier et MM. Letulle et Legroux, professeurs agrégés de la Faculté, et chez lesquels nous avons toujours trouvé la plus grande bienveillance.

Enfin, M. le professeur Pinard, en acceptant de présider la soutenance de cette thèse, nous fait un honneur dont nous ne saurions trop le remercier.

Merci encore à notre ami le docteur Lepage, pour ses bons conseils.

HISTORIQUE

Les diverses opinions émises par les auteurs sur les présentations du sommet en variété postérieure ont été trop bien exposées dans la thèse de Bataillard pour que nous y insistions longuement ici. Il nous paraît bon cependant de rappeler rapidement quelques-unes d'entre elles; notre statistique viendra ensuite plus utilement confirmer ou détruire, à l'aide des faits, des idées quelquefois préconçues; car, suivant la remarque de M^{me} Lachapelle, « si tous les auteurs sont souvent d'accord sur un fait, c'est que presque tous semblent s'être préalablement copiés ».

Nous ne citerons que pour mémoire l'opinion des anciens accoucheurs, qui pensaient que, dans les variétés postérieures, dans les positions à face en dessus, comme ils les appellent, le dégagement de l'occiput avait toujours lieu en arrière, dans la concavité du sacrum. Mauriceau, Puzos, La Motte, Smellie ont partagé cette erreur, Solayres de Renhae, Baudelocque admettent, mais comme exceptionnelle, la possibilité de la rotation en avant et du dégagement de l'occiput sous le pubis;

M^{me} Lachapelle, tout en déclarant l'avoir observée un grand nombre de fois, est loin encore de la considérer comme normale.

C'est à Nœgelé que revient le mérite d'avoir montré que l'exception était, au contraire, le dégagement de la face sous l'arcade pubienne, et que presque toujours l'occiput effectuait sa rotation par le chemin le plus long, mais le plus favorable pour venir successivement en O T, en O A et finalement sortir en O pubienne; Paul Dubois et Velpeau en France, Hubert de Louvain en Belgique, défendirent cette opinion qui bientôt, à part Capuron et Maygrier, ne rencontra plus guère de contradicteurs.

Si tout le monde est d'accord aujourd'hui sur ce principe de mécanique obstétricale, il n'en est pas de même au point de vue du pronostic de ces positions; beaucoup partagent encore l'opinion ancienne sur leur danger. Après Mauriceau, qui parle surtout de la longue durée des accouchements dans les occiputo-postérieurs, nous voyons Rœderer les regarder comme difficiles et contre nature, Solayres de Renhac les appeler dangereuses, et Baudelocque les désigner sous le nom de mauvaises positions, et les opposer aux bonnes positions ou positions antérieures.

M^{me} Lachapelle et M^{me} Boivin sont d'accord sur ce point avec leurs prédécesseurs ou leurs contemporains. « On ne peut nier, dit M^{me} Lachapelle, que dans ces cas (O. post.) l'accouchement spontané

ne soit très possible, des multitudes d'exemples le prouvent tous les jours ; mais le simple raisonnement nous indique assez, quelle nombreuse source de difficultés découlent d'une semblable position. » On est un peu surpris de voir invoquer exclusivement le raisonnement par l'illustre sage-femme qui, mainte fois, ne craignit pas d'opposer l'expérience qu'elle lui avait donnée la pratique et l'observation exacte de plus de 40.000 accouchements à l'autorité de maîtres tels que Baudeloque et Paul Dubois.

Pour Capuron « l'accouchement dans les occipito-postérieures est en général très difficile et même impossible sans le secours de l'art ; il n'est possible par les seules forces de la nature que quand le bassin a plus de largeur ou la tête de l'enfant moins de volume qu'à l'état normal ; dans le cas contraire le forceps est toujours indispensable pour amener le salut de la mère et de l'enfant. »

Cazeaux, tout en regardant les positions postérieures comme moins avantageuses que celles où l'occiput est dirigé vers la moitié antérieure du bassin ; ne va pas jusqu'à dire avec Capuron que la terminaison spontanée sera impossible ; pour lui le pronostic est surtout grave dans les postérieures gauches : « La variété postérieure gauche m'a toujours paru offrir beaucoup plus de difficultés que la postérieure droite ; la descente de la tête est en général plus difficile et sa rotation beaucoup plus lente à s'opérer. Assez souvent même, l'occi-

put reste en arrière et met obstacle à la terminaison du travail chez les primipares, et l'application du forceps qui devient alors nécessaire est beaucoup plus laborieuse. »

Scanzoni, d'après Bataillard, partage cette défiance à l'égard des positions où l'occiput est en arrière et à gauche ; pour Mac Donald la terminaison en O. Sacrée serait plus fréquente dans les positions gauches que dans les droites ; il pense du reste que dans les occipito-postérieures, la rotation de l'occiput en avant se produit presque toujours avec un bassin large et bien conformé et une tête de grosseur moyenne ; la rotation en arrière se présentant, au contraire, presque invariablement dans les cas où la tête est disproportionnée avec le bassin.

L'opinion des auteurs est, comme on le voit, peu favorable à la variété d'accouchements qui nous occupe ; Sentex, dans un mémoire récent en fait un tableau non moins sombre ; il les accuse de produire des accidents nerveux, de l'accélération du pouls, des vomissements douloureux ; West déclare que la révolution fort étendue de la tête ne se produit que douloureusement, péniblement, avec des arrêts, des reculs, un va et vient désespérant en 5 ou 6 heures de plus que si l'occiput eut été primitivement en position antérieure.

Enfin, si nous interrogeons les ouvrages classiques actuellement, nous voyons qu'en général dans les positions postérieures le travail dure quatre à

cinq heures de plus que dans les antérieures, que la lenteur du travail amène une grande fatigue générale, l'épuisement de la parturiente, l'inertie de la matrice et quelquefois, secondairement, l'hémorrhagie après la délivrance ; la compression du plancher pelvien pendant la longue durée du travail peut encore, disent-ils, amener des eschares et des fistules.

Nous terminerons cette revue rapide par quelques citations empruntées à l'un des maîtres autorisés de l'école obstétricale contemporaine, M. le professeur Tarnier : « La vérité, dit-il, est que les accouchements en occipito-postérieure, que la tête tourne correctement ou que l'occiput se place vis-à-vis le sacrum, sont des accouchements longs, pénibles, dont l'issue est incertaine, compromettant les enfants, exposant les mères par suite de la prolongation inusitée du travail à des compressions dangereuses et à des opérations. » (*Semaine médicale*, 2 janvier 1889.)

Dans une clinique récente, M. Tarnier insiste à nouveau sur le danger des occipito-postérieures. « Il faut savoir que dans les occipito-postérieures, les applications de forceps sont plus pénibles pour l'accoucheur et plus dangereuses pour l'enfant. » (*Journal des sages-femmes*, mars 1893.)

Nous pensons qu'il est inutile d'insister davantage sur ce court historique, il nous sera donné d'exposer plus d'une fois dans le cours de ce travail l'opinion moins pessimiste de M. le professeur

Pinard ; il nous suffira pour cela, d'avoir recours à la thèse de Bataillard, ou au travail de Varnier publié en juillet et août 1883 dans la revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance ; il nous suffira aussi de nous rappeler quelques-unes des leçons cliniques qu'il fait chaque matin soit à la salle de travail, soit à l'amphithéâtre de la clinique Baudelocque.

Dans le « Précis d'obstétrique » qu'ils viennent de publier, MM. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage pensent qu'il n'y a pas lieu d'établir un pronostic particulier pour les positions postérieures, ou que du moins « ce pronostic a été singulièrement noirci par les accoucheurs ».

DIVISION DU SUJET

Nous croyons bon pour l'utilité de ce travail de suivre le plus possible le plan tracé par le docteur Bataillard ; il nous sera plus facile ainsi de rapprocher nos chiffres des siens et comme nos deux statistiques reposent sur des observations prises dans des Maternités différentes mais dirigées par le même maître, et présentent par conséquent la même exactitude au point de vue du diagnostic, leur rapprochement leur donnera plus de valeur,

Nous examinerons donc dans une première partie la fréquence relative des différentes positions dans les présentations du sommet ; puis opposant les positions postérieures aux positions antérieures, nous verrons quelle a été la durée moyenne du travail pour les unes et pour les autres, dans combien de cas on dû intervenir, et dans quelle proportion ; et enfin s'il est rationnel d'accepter l'opinion des auteurs relativement au danger des premières.

Dans une seconde partie nous verrons quelle est la conduite à tenir en cas d'intervention nécessaire, dans les occipito-postérieures.

De la fréquence relative des différentes positions dans la présentation du sommet.

Dans quelle proportion observe-t-on ces différentes positions les unes par rapport aux autres ?

Si nous nous reportons aux anciennes statistiques nous trouvons les diverses classifications suivantes des positions par ordre de fréquence :

Paul Dubois, se basant sur une présentation de 1913 présentations du sommet, les classe de la façon suivante :

1° OIGA	1355	soit	20,82 0/0
2° OIDP	471	—	25,60 0/0
3° OIDA	55	—	2,87 0/0
4° OIGP	12	—	0,63 0/0

Depaul, sur 15,115 accouchements trouve :

11.406	GA	c'est-à-dire	75,44 0/0
2.009	DP	—	25,60 0/0
538	DA	—	3,52 0/0
162	GP	—	1,07 0/0

M. Tarnier, sans donner de chiffres, les classe par ordre de fréquence dans l'ordre suivant :

- 1° OIGA
- 2° OIDP
- 3° OIGP
- 4° OIDA

M. le professeur Pinard trouve le même ordre, en s'appuyant sur une statistique de Lariboisière ; voici du reste les chiffres qu'il donne dans son *Traité du palper* (2^e édition) : sur 500 cas, le dégagement a eu lieu :

263	fois en	OIGA	soit	52,6	0/0
179	—	OIDP	—	35,8	0/0
55	—	OIGP	—	11	0/0
1	—	OIDA	—	0,2	0/0

Bataillard, dans son mémoire fait également à Lariboisière, dans le service de M. Pinard, arrive à peu de chose près aux mêmes résultats ; 1054 accouchements donnent :

650	GA	soit	61,32	0/0
283	DP	—	26,70	0/0
111	GP	—	10,47	0/0
10	OA	—	0,94	0/0

Enfin dans un travail plus récent encore, Vallois, chef de clinique à la Faculté de Nancy, compulsant les observations recueillies, dans le service obstétrical du professeur Hergott, pendant une

période de dix années, arrive aux conclusions suivantes ; sur 2.000 accouchements, la position a été :

1.319 fois GA soit 65,95 0/0

670 — DP — 33,5 0/0

9 — GP — 0,45 0/0

3 — DA — 0,15 0/0

Notre statistique personnelle porte sur tous les accouchements du sommet pratiqués à la maternité Baudelocque pendant les années 1890, 1891 et 1892 ; elle ne comprend que ceux dans lesquels le bassin était normal, pendant cette période, sur 2.876 accouchements, l'occiput s'est présenté :

1776 fois en gauche antérieure,

752 fois en droite postérieure,

228 fois en gauche postérieure,

111 fois en droite antérieure,

ce qui donne :

62,94 0/0..... d'OIGA

26,22 0/0..... OIDP

7,95 0/0..... OIGP

3,87 0/0..... OIDA

Ces chiffres concordent, comme on peut le constater, presque exactement avec ceux du docteur Bataillard, et avec ceux du docteur Pinard, ils en diffèrent seulement par une proportion un peu plus forte de positions DA ; nous expliquerons tout à l'heure pourquoi. Dans le travail du docteur

Vallois, on trouve une proportion plus faible de gauches postérieures ; néanmoins toutes ces statistiques sont d'accord sur un point, la fréquence moindre des droites antérieures comparées aux autres positions.

Il n'en est pas de même si on se reporte aux deux premières que nous avons données, celles de Dubois et de Depaul ; d'après ces deux auteurs la dernière place appartiendrait aux gauches postérieures. Enfin si l'on se reporte à deux mémoires relativement récents, l'un de Sentex, couronné par l'Académie de médecine en 1872, l'autre de Swayne, publié en 1874 (*Annales de gynécologie*, 1875), l'on revient à la classification adoptée au commencement du siècle par Baudelocque ; et pour ces auteurs, les DA prennent la seconde place dans la classification des positions par ordre de fréquence ; voici du reste les chiffres donnés par Swayne ; sur 1.000 cas la proportion serait de :

79,2	pour 100 de GA
15,2	— DA
3,7	— GP
1,04	— DP

Sentex trouve 13 0/0 de DA et seulement 2,03 0/0 de DP.

D'où viennent ces divergences sur la fréquence des positions droites antérieures ? On ne peut l'expliquer que par ce fait, sur lequel insiste journellement le professeur Pinard, c'est que la

position DA est *essentiellement une position intermédiaire de rotation*, c'est une *position de travail* et ce n'est qu'exceptionnellement que la tête s'engage primitivement dans le diamètre oblique droit, l'occiput tourné en avant; mais souvent la position de l'occiput n'a été observée qu'au moment du travail, alors qu'il avait déjà presque entièrement accompli sa rotation en avant; les prétendues droites antérieures n'étaient alors que des droites postérieures en partie réduites.

Telle est la cause principale des variations des auteurs, relativement à la fréquence des DA; beaucoup de femmes n'étant examinées qu'au moment du travail il, est difficile de savoir quelle a été la position primitive de la tête, dans quel diamètre oblique elle s'est engagée.

**De la durée du travail, et de la terminaison de
l'accouchement
dans les occipito-postérieures
comparées aux antérieures.**

*Quelle a été la durée moyenne du travail?
quel a été le mode de terminaison dans les diffé-
rentes présentations du sommet, antérieures et
postérieures, qui ont été observées à la clinique
Baudelocque pendant les années 1890, 1891
et 1892?*

Nous allons l'exposer maintenant :

Mais comme notre statistique ne comprend pas tous les accouchements par le sommet qui ont été pratiqués à la clinique pendant ces trois années, il nous faut expliquer quels sont ceux qui ont été éliminés et pourquoi.

Tout d'abord, nous avons dû laisser de côté, tous les cas, dans lesquels une cause pathologique quelconque venait modifier la physionomie de l'accouchement ; les viciations du bassin, certaines tumeurs du segment inférieur de l'utérus, ou des annexes, par exemple, apportent souvent, et quelle

que soit la position de telles perturbations dans le travail qu'il est impossible de les faire entrer dans notre statistique.

Il est important aussi de tenir compte du volume du fœtus, car, comme le dit M. Pinard, « si le volume de l'utérus l'emporte beaucoup sur celui du fœtus, la sollicitation à l'accommodation n'est pas impérieuse, nécessaire, et le travail se trouve complètement modifié ». Aussi, à l'exemple de M. Bataillard, n'avons-nous compris, dans notre travail, que les accouchements dans lesquels le fœtus pesait au moins 2.000 grammes.

Dans quelques cas la durée du travail n'a pas été notée; les femmes ayant accouché aussitôt leur arrivée à l'hôpital, ou n'ayant fourni que des renseignements incomplets sur le début du travail; nous avons été, bien entendu, contraint de laisser de côté tous ces cas.

Ces explications données, nous allons exposer comment se sont comportés les divers accouchements :

- 1° Dans les occipito-antérieures ;
- 2° Dans les occipito-postérieures ;
- 3° Dans les occipito-transverses.

Les occipito-transverses doivent en effet trouver place dans ce travail ; car, comme l'enseigne M. le professeur Pinard, la tête ne s'engage primitivement dans le diamètre transversal, que dans les cas de bassin rétréci ou d'antéversion utérine ; dans tous les autres cas, où l'on observe une variété

transversale, l'on doit admettre, à moins de disproportion énorme entre les diamètres du bassin et ceux de la tête fœtale, qu'il s'agit d'une position intermédiaire de rotation : presque toujours on a affaire à une variété postérieure effectuant sa rotation en avant pour venir se dégager en occipito-pubienne. Nous admettrons donc comme occipito-postérieures, toutes les variétés transversales chez des femmes ayant le bassin normal, mais nous en ferons néanmoins un chapitre à part ; dans certains cas, en effet, il est possible qu'une tête, primitivement en position antérieure, s'oriente temporairement en transversale.

I. — DES OCCIPITO-ANTÉRIEURES.

Notre statistique comprend 1.801 positions antérieures :

908 chez des primipares ;

893 chez des multipares.

1.778 fois l'accouchement s'est terminé spontanément.

23 fois le forceps fut nécessaire pour terminer, 21 fois chez des primipares, 2 fois chez des multipares.

Ce qui donne une proportion de :

98,72 0/0 d'accouchements spontanés ;

et de :

1,27 0/0 d'accouchements avec forceps.

La durée moyenne du travail a été de :

14 h. 24 min. pour les primipares ;

9 h. 45 min. chez les multipares.

Ces moyennes ont été établies d'après la durée du travail de tous les accouchements, en occipito-antérieure, dans lesquels l'enfant pesait 2.000 gr. ou au-dessus ; mais on peut difficilement comparer l'accouchement d'une femme qui expulse un fœtus de 2.000 grammes à celui d'une femme dont l'enfant pèse 3.500 à 4.000 gr. ou au-dessus ; aussi, devons-nous, pour être plus exact, chercher la durée moyenne du travail proportionnellement au poids du fœtus ; nous trouvons alors :

1° pour les enfants de 2.000 à 2 500 :

13 h. 30 min. pour les primipares (87 cas) ;

9 h. 35 min. pour les multipares (70 cas).

2° De 2.500 à 3.000 :

14 h. 25 min. pour les primipares (323 cas) ;

9 h. 35 min. pour les multipares (209 cas).

3° De 3.000 à 3.500 :

14 h. 30 min. pour les primipares (371 cas) ;

9 h. 55 min. pour les multipares (358 cas).

4° De 3.500 à 4.000 :

14 h. 42 min. pour les primipares (118 cas) ;

10 heures pour les multipares (212 cas).

5° Au-dessus de 4.000 :

20 h. 30 min. pour 9 primipares ;

10 heures pour 44 multipares.

Quel a été le pronostic de ces différents accouchements ?

Sur 1.801 accouchements, huit femmes ont succombé, soit une proportion de 0,44 0/0 ; ces cas de morts sont dus :

2 fois à une pneumonie double ;

1 fois à l'albuminurie ;

1 fois à un érysipèle infectieux ;

1 fois à une fièvre typhoïde ;

3 fois à la septicémie puerpérale.

On voit que la septicémie puerpérale a été 0,16 0/0 (3 cas sur 1.801).

La mortalité fœtale a été plus considérable, puisque sur ce même nombre d'accouchements, 31 enfants ont succombés ; la proportion se trouve donc de 1,77 0/0.

Mais si on examine attentivement les observations, on voit que quatre seulement ont succombé pendant le travail chez des primipares (n°s ? 1890, — 599, 1142 en 1891, — 536 en 1892) et un chez une multipare, en 1890, n° ?).

Pour les autres la mort n'a eu lieu que quelques jours après la naissance.

Dans la plupart de ces cas la position est mani-

festement étrangère à la mort; c'est à la syphilis (255-1891), à un phlegmon ombilical (91-1891), à l'éclampsie (53-1891); dans deux cas à une imperforation du rectum (1890 ? et 161 en 1892) qu'il faut attribuer la mort.

Si nous éliminons les cas d'enfants morts plusieurs jours après la naissance, nous voyons que la mortalité fœtale se réduit à cinq cas, soit 0,27 0/0.

II. — DES OCCIPITO-POSTÉRIEURS.

Les accouchements par le sommet se sont présentés 958 fois en variété postérieure :

519 fois chez des primipares ;

439 fois chez des multipares.

La terminaison se fit :

923 fois spontanément, soit 96,34 fois 0/0 ;

35 fois à l'aide du forceps, soit 3,64 0/0 (34 fois chez des primipares, 1 fois chez une multipare).

Dans tous ces cas la rotation s'est faite en avant, et la sortie de l'occiput eut lieu sous l'arcade pubienne; nous donnerons plus loin toutes les observations de dégagement en O S; mais notre comparaison gagnera, pensons-nous, à n'être pas surchargée, pour le moment, par ces accouche-

ments exceptionnels, qui se présentent souvent avec un caractère spécial; après les avoir énumérés, nous verrons quelles modifications elles apportent au pronostic de la variété qui nous occupe actuellement.

La durée moyenne du travail pour ces 958 accouchements a été de :

- 16 h. 12 min. pour les primipares ;
- 9 h. 42 min. pour les multipares.

Proportionnellement au poids des enfants on a :

1° Pour les enfants de 2.000 à 2.500 :

- 14 heures chez les primipares (65 cas) ;
- 9 h. 35 min. chez les multipares (32 cas).

2° De 2.500 à 3.800 :

- 16 h. 5 min. chez les primipares (187 cas) ;
- 10 heures chez les multipares (98 cas).

3° De 3.000 à 3.500 :

- 16 h. 42 min. chez les primipares (196 cas) ;
- 9 h. 35 min. chez les multipares (186 cas).

4° de 3.500 à 4.000 :

- 18 h. 55 min. chez les primipares (66 cas) ;
- 9 h. 25 min. chez les multipares (98 cas).

5° Au-dessus de 4.000 :

- 14 h. 25 min. chez les primipares (5 obs.) ;
- 9 h. 48 min. chez les multipares (25).

La mortalité maternelle n'a été que de 0,31 0/0;

3 cas de morts sur 958 accouchements ; et comme on pourra s'en convaincre, en lisant les observations que nous publions plus loin, la position y a été absolument étrangère.

Du côté du fœtus, nous trouvons seulement 6 cas de morts parmi les accouchements qui entrent dans notre statistique :

Soit une mortalité fœtale de 0,62 0/0.

Un seul de ces enfants est mort pendant le travail, les cinq autres sont morts après la naissance ; de syphilis, de faiblesse congénitale, de phlegmon ombilical, d'érysipèle de la paroi abdominale, de syphilis avec ascite.

III. — DES OCCIPITO-TRANSVERSES.

Les variétés transversales des présentations du sommet ont été au nombre de 485 :

198 chez des primipares ;

287 chez des multipares.

L'accouchement dans ces variétés s'est terminé :

448 fois spontanément : 92,38 0/0 ;

37 fois à l'aide du forceps : 7,62 0/0.

La durée moyenne du travail a été de :

15 h. 42 min. chez les primipares ;

10 h. 48 min. chez les multipares.

Par rapport au poids des enfants on trouve :

1° De 2.000 à 2.500 :

13 h. 30 min. pour les primipares (28) ;

9 h. 55 min. pour les multipares (21).

2° De 2.500 à 3.000 :

14 h. 18 min. pour les primipares (61) ;

9 h. 30 min. pour les multipares (64).

3° De 3 000 à 3.500 :

16 h. 42 min. pour les primipares (73) ;

10 h. 55 min. pour les multipares (106).

4° De 3.500 à 4.000 :

18 heures pour les primipares (32) ;

11 h. 12 min. pour les multipares (68).

5° Au dessus de 4.000 :

13 h. 30 min. pour 5 primipares ;

13 h. 25 min. pour 28 multipares.

Aucune femme n'est morte pendant ou à la suite de ces accouchements.

Trois enfants ont succombé pendant le travail, treize après la naissance ; au total 16 enfants ; la mortalité fœtale se trouve donc de 3,29 0/0.

IV — DES OCCIPITO-TRANSVERSES ET DES
OCCIPITO-POSTÉRIEURES RÉUNIES.

1.443 accouchements se divisant en :

717 chez des primipares ;

726 chez des multipares,

donnent une durée moyenne de travail de :

16 heures chez les primipares ;

10 heures chez les multipares.

Et par rapport au poids de l'enfant :

1° de 2.000 à 2.500 :

13 h. 55 min. pour les primipares (93) ;

9 h. 55 min. pour les multipares (53).

2° De 2.500 à 3.000 :

15 h. 42 pour primipares (248) ;

9 h. 48 pour multipares (142).

3° De 3.000 à 3.500 :

16 h. 42 pour primipares (269) ;

10 h. 5 pour multipares (292).

4° De 3.500 à 4.000 :

17 h. 12 pour primipares (98) ;

10 h. 42 pour multipares (158).

5° Au-dessus de 4.000 :

14 heures pour primipares (9) ;

11 h. 42 pour multipares (53).

Sur ces 1.443 accouchements on trouve que 72 fois on dut intervenir pour terminer l'accouchement ; il y a donc eu :

95,49 0/0 d'accouchements spontanés
et 4,50 0/0 d'intervention.

Des occipito-iliaques gauches postérieures.

Quelques auteurs ont considéré les gauches postérieures comme ayant un pronostic particulièrement défavorable ; or les 958 variétés postérieures qui font l'objet de cette étude comprennent 189 occipito-iliaques gauches postérieures.

104 chez des primipares, dans lesquels la durée moyenne du travail a été de :

15 heures 35 minutes.

78 chez des multipares avec une durée moyenne de travail de 74 h. 45 min.

179 se terminèrent spontanément, soit 98,35 0/0 des cas.

3 fois chez des primipares on dut intervenir à l'aide du forceps, soit :

1,63 0/0.

On voit que la durée du travail se trouve, dans cette statistique, du moins, favorable aux G P ; puisqu'elle a été inférieure à la moyenne des variétés postérieures réunies, et par conséquent à celle des droites postérieures.

L'intervention par le forceps aurait été égale-

ment moins fréquente, toutefois, mais nous reviendrons sur ce point, il faut tenir compte, en effet, des applications faites en variété transversale, et nous verrons en discutant nos chiffres quelles restrictions il convient d'apporter à des résultats si favorables.

La mortalité maternelle a été nulle.

Deux enfants sont morts, après la naissance, l'un d'érysipèle de la paroi abdominale, l'autre de syphilis avec ascite.

Des occipito-sacrées.

Nous allons résumer les différentes observations dans lesquelles la rotation eut lieu en arrière et le dégagement en O S, pendant les trois années qui nous occupent.

Année 1890. — N° 50. — Ilpare, 1^{er} accouchement spontané par le sommet ; enfant vivant. Bassin normal. Grossesse actuelle 8 mois et demi. Engagement effectué le jour de l'arrivée en O I G A devenu quelque temps après G T. Rupture des membranes artificielles à dilatation complète.

Durée du travail, 5 heures 10 minutes. Expulsion, 10 minutes. Expulsion brusque de la tête en O S, les épaules occupaient le diamètre ant.-postérieur de la vulve, dos à gauche ; le cou avait subi un mouvement de torsion. Délivrance, 30 minutes.

Fille de 2.280 grammes dont les diamètres de la tête sont : O M, 11.5 ; O F, 10.2 ; S o B, 9 ; S o F, 9.4 ; B i P, 8.7 ; B i T, 7.3 ; S m B, 9.1.

Les membranes mesurent 29/12.

Mère et enfant sortis bien portants de la Maternité.

N° 131. — Femme de 32 ans. — IVpare. Dans tous les

accouchements antérieurs, on dut pratiquer la délivrance artificielle.

A marché à un an; n'a pas marché de 2 à 7 ans. Bassin normal. Ethylisme.

1^{re} grossesse spontanée à terme; garçon.

2^e grossesse gémellaire; 2 enfants spontanés à terme, à 24 heures d'intervalle, ont vécu l'un trois semaines, l'autre cinq.

3^e grossesse, avortement à 4 mois et demi.

Grossesse actuelle de 9 mois; douleurs fortes dans la fosse iliaque gauche pendant toute la grossesse; vomissements fréquents; œdème des jambes et des mains. Tension des parois abdominales peu prononcée.

Sommet engagé en D P.

Travail, 7 h. 50; expulsion, 2 h. 20 (extr. au forceps).

Garçon de 3.700 grammes dont les diamètres étaient : 13.4, 12.4, 10.3, 11.3, 9.3, 8.3, 10.8.

Les membranes mesuraient 28/7.

Hémorrhagie très abondante entre l'expulsion et la délivrance; mère et enfants sortis vivants de la clinique.

N° 496. — 27 ans, IIIpare. — 2 accouchements antérieurs spontanés.

Grossesse actuelle 9 mois. Utérus dévié à gauche D P, expulsion en O S. Travail, 7 h. 40; expulsion, 10 minutes. Délivrance par extraction, 40 minutes après.

Fille de 2.900 grammes avec diamètres : 12.1, 10.8, 9.7, 11.2, 9.5, 8, 10. — 38° de T. — Sortis vivants.

N° 567. — Ipare. — 24 ans. — Grossesse de 8 mois et demi. Dédoublement du 2^e bruit. Œdème énorme des malléoles et des deux jambes, moins marqué à la paroi abdominale.

Utérus bicorne, corne droite plus volumineuse que la gauche. Hydropisie de l'amnios. Engagement en D T (bassin normal). Albumine en grande quantité. Épistaxis. Purpura. Travail, 8 h. 10. Expulsion, 55'.

Rupture des membranes précoce, liquide abondant, non recueilli.

Peu après son entrée, cette femme est prise d'agitation et de délire, mais sans convulsions. A la dilatation complète, la femme pousse, quoique la tête ne soit pas encore descendue sur le périnée, et, pendant les efforts, la face se cyanose, la femme s'agite davantage; le délire s'accroît, et M. Potocki se décide à extraire l'enfant au forceps. La rotation est effectuée, mais en O S. Application directe. Périnée intact.

Enfant étonné, mais bientôt ranimé; garçon de 2.720 grammes : 14.3, 9.8, 10.7, 9.2, 7.8, 9.2. Membranes 28/7.

La mère a de l'albumine pendant 12 jours, mais pas de fièvre.

Le placenta renferme 4 ou 5 foyers hémorrhagiques récents.

Mère et enfant bien portants à la sortie.

N° 665. — Ipare. — Grossesse de 8 mois et demi. Rupture prématurée des membranes; à son entrée la rotation était faite en O S. Bassin normal. Travail, 1 h. 30. Expulsion, 20 minutes. Délivrance par extraction, 30 minutes après.

Fille de 2.590 grammes : 12.7, 10.8, 9.3, 9.5, 9.3, 7.5, 10.4. Membranes, 40/6. — 38° le premier jour; état de la mère et de l'enfant bon à la sortie.

N° 673. — IVpare. — Accouchements antérieurs par le

sommet. Bassin normal. Fibrome de l'utérus. Travail, 16 h. 30. Expulsion, 30'. Délivrance naturelle 30 minutes après. Sommet en D A.

Rupture des membranes artificielles à la dilatation complète, 14/11.

Garçon vivant de 1.220 grammes (6 mois 1/2 ??) : 10.1, 9.1, 8.2, 9.8, 7.2, 6.8, 8.4.

N° 1027. — Ipare. — 19 ans. — Grossesse de 9 mois, s'jeuette normal. Œdème léger G A. Rupture précoce des membranes au début du travail. La dilatation était complète depuis 3 h. 35 environ, et les bruits du cœur se ralentissaient quand M. Potocki fit une application de forceps. La tête était à la vulve et présentait une bosse séro-sanguine énorme ; le cordon était au niveau de l'oreille gauche et dut être écarté pour appliquer la branche gauche. Dégagement en O S. Travail, 10 h. 5. Expulsion, 3 h. 30. Garçon de 3.650 : 14.4, 10.5, 10.5, 10.7, 9.9, 8, 11.8. Membranes, 32/9.

Année 1891. — N° 255. — Ipare. — A terme. G A puis G T et O S. Bassin normal. Travail, 4 h. 45 m. Expulsion, 45 minutes. Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète. Garçon de 2.710 grammes : 11.6, 10.7, 10.4, 10.2, 9, 7.2, 11.6. L'enfant mis dans une couveuse à son 5^e jour, retiré au 8^e jour, est mort le 10^e jour après sa naissance, de syphilis. Autopsie : foie syphilitique.

N° 530. — IVpare. — Grossesse de 9 mois. D P. Rupture des membranes spontanée d.c. Travail, 5 h. 30. Expulsion, 20 minutes. Membranes, 39/12.

Garçon de 3.800 grammes : 14.3, 12, 10, 11.7, 9.7, 8.7, 10.3.

La mère, après avoir eu la grippe, est sortie bien portante, ainsi que l'enfant.

N° 656. — Ilpare — Grossesse de 9 mois D T. Au moment où cette femme est arrivée à la clinique, on constatait très nettement dans le cul-de-sac postérieur, en arrière du col utérin, la présence d'une tumeur élastique, rénitente, en forme de croissant, de la grosseur d'une mandarine dont l'extrémité inférieure seulement libre se laisse déplacer en avant au-dessous du détroit supérieur ; une heure après on constatait que la tête, peu volumineuse, s'engageait en transversale et que la tumeur s'aplatissait de plus en plus. Peu à peu, la tête descendit, la rotation et l'expulsion se firent assez rapidement. Après l'accouchement, la tumeur revint à son volume normal.

Travail, 6 heures. Expulsion, 15 minutes.

Rupture des membranes à dilatation complète 26/7.

Garçon de 2.080 grammes : 12, 10.6, 9.5, 10.2, 8.7, 8.2, 9.4. Enfant mort 4 jours après (?). Mère bien portante.

N° 736. — Ilpare. — Grossesse de 9 mois. G A. Rupture des membranes précoce 20/2 ; liquide verdâtre. Travail, 21 heures. Expulsion, 35 minutes. Fille de 3.350 grammes : 14, 12.2, 10, 10.5, 9, 8.8, 10.5. Mère et enfant bien portants à leur sortie.

N° 758. — Vipare. — 9 mois. D T. Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète. Travail, 7 h. 35. Expulsion, 25 minutes. Légère déchirure du périnée. Membranes, 32/3.

Fille de 3.350 grammes : 13.4, 12, 10.8, 11.5, 9.5, 8.6, 10.7.

N° 1160. — VIIpare. — G A. 9 mois. Rupture des membranes artificielle à la dilatation complète. Travail, 4 h. 50. Expulsion, 30 minutes. Membranes, 14/27.

Fille de 3.220 grammes : 13.5, 11, 8.5, 10, 6.5, 6, 10.5.
Mère et enfant sortis vivants.

N° 1334. — IIpare. — Sommet? — Femme arrivée à la dilatation complète. Travail, 7 heures. Expulsion, 20 minut. Membranes rompues spontanément? 27/4.

Garçon de 3.150 grammes : 13 7, 11, 10, 11, 9.7, 8.6, 11.9. Mère et enfant bien portants à la sortie.

N° 1438. — IIpare. — Sommet en O S à son entrée. Rupture des membranes ? 29/10.

Travail, 6 heures. Expulsion, 5 minutes. Fille de 3.020 grammes, sortie vivante, ainsi que la mère.

N° 1464. — IIpare. — G T. Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète. 17/4. Enfant de 860 grammes, mort le lendemain de sa naissance. Foyers albuminuriques dans le placenta.

Suites de couches normales pour la mère.

Année 1892 — N° 422. — Ipare. — Sommet G P. Travail, 5 heures. Expulsion, 3 heures.

Rupture des membranes spontanée à D C, 28/6.

Fille de 3.080 grammes : 13.4, 10.2, 10.6, 10, 9.2, 8.6, 12.6. Mère et enfants bien portants.

N° 446. — Ipare. — Sommet G P. — Grossesse de 8 mois, hydramnios. Rupture des membranes spontanée D C. 6/23. Travail, 5 heures. Expulsion, 3 heures.

Fille de 3.080 grammes : 11.6, 10.5, 8.5, 10.5, 9, 7.7, 10. Déchirure latérale de la vulve. Périphlébite du membre inférieur droit.

Au moment de la dilatation complète, la tête se défléchit légèrement.

N° 469. — Ipare. — G T. — Rupture prématurée des membranes, 23/9. Travail, 20 heures. Expulsion, 25 minutes.

Fille de 2.410 grammes : 13, 11.2, 10, 10.6, 8.6, 7.6, 10.5. Mère et enfant vivants.

Année 1892. — N° 610. — Xpare. — G T. — Durée totale du travail, 5 h. 5. Durée de l'expulsion, 30 minutes. Rupture précoce des membranes, 31/6.

Fille de 3.630 grammes : 14, 12, 10, 11.4, 9.4, 9, 11.4; poids du placenta, 700 grammes.

N° 1008. — IIpare. — Sommet D P. — Travail, 1 heure. Expulsion (?). Fille de 2.650 grammes : 13, 11, 10, 10, 9, 8, 12. Membranes, 30/10.

N° 1451. — IIpare. — Sommet D P. — Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète. La bosse séro-sanguine semble s'être formée avant la rupture des membranes; plus la dilatation s'accroît, plus le toucher est confus, rien ne semble anormal; ce n'est qu'au moment du dégagement que la variété O S s'impose.

Travail, 8 h. 30. Expulsion, 30 minutes. Membranes, 34/10.

Fille de 3.740 grammes : 14.3, 11.9, 10.9, 11.6, 10.2, 9.1, 11.5. Mère et enfant sortis en bon état.

N° 1471. — Vllpare. — Sommet D P. — Travail, 8 h. 30. Expulsion, 10 minutes. Membranes 26/10.

Garçon de 2.980 grammes : 12.9, 10.7, 9.3, 10.5, 7.3, 7.1, 9.9. Suites de couches bonnes; enfant sorti bien portant.

N° 1542. — Ilpare. — Sommet D P. — Travail, 9 h. 30. Expulsion, 10 minutes. Membranes rompues spontanément à la D C ? Fille de 3.100 grammes ??

N° 1714. — Ilpare. — Sommet G P. — Travail, 14 heures. Expulsion, 25 minutes. Légère éraillure de la fourchette. Lymphangite du sein.

Fille de 3 250 grammes : 13.2, 14.6, 10.6, 9.5, 8.1, 10.5. Membranes, 28/4.

Mère et enfant vivants.

N° 1720. — Ilpare. — Sommet G P. — Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète, 25/3. Travail, 10 h. 35. Expulsion, 5 minutes. Fille de 2.950 grammes : 11.3, 12, 10.4, 12.5, 9.5, 7.5, 10.7.

De la lecture de ces observations, il résulte que dans presque tous les cas de dégagement en O S, l'accommodation a été gênée ou empêchée; tantôt par une tumeur (n° 673-1890) utérine ou extra-utérine (n° 656-1891); par une sus-distension exagérée de l'utérus (hydramnios), par l'insertion du

placenta sur le segment inférieur, comme en rend compte la mensuration des membranes ; tantôt, c'est au poids du fœtus trop faible, ou aux diamètres très petits de la tête que semble due cette rotation en arrière, ou plutôt ce défaut d'accommodation.

Quelle que soit la cause du dégagement en O S ; on peut voir par ces observations que le pronostic est bien moindre que ne le prétendaient les anciens auteurs ; pas une femme n'a succombé, et si trois enfants sont morts, il est facile de voir que pas une seule fois on ne peut incriminer le dégagement en arrière ; l'un (n° 530) est mort de syphilis 10 jours après sa naissance ; un deuxième (n° 656) est mort quatre jours après sa naissance ; le dernier était un fœtus de 860 grammes dont le placenta contenait 4 ou 5 foyers hémorrhagiques et qui est mort le lendemain de l'accouchement ; pas un seul enfant n'a succombé pendant le travail ou des suites du travail. Ces résultats concordent absolument avec ceux de Bataillard, qui sur six cas de dégagement en O S, trouve une mortalité nulle pour les femmes et pour les enfants.

Dans tous ces accouchements, dans ceux rapportés par Bataillard comme dans nos observations, la durée moyenne du travail a été inférieure à celle que nous avons trouvée pour les occipito-postérieures dont la rotation avait lieu en avant. Mais tandis que dans les observations publiées par Bataillard tous les accouchements en O S s'étaient

terminés spontanément ; trois fois nous avons noté l'extraction au forceps dans 26 cas :

Soit 11,53 0/0

ou dans 32 cas, si à notre statistique, on ajoute celle de Bataillard, on a :

9,37 0/0

Nous devons faire observer que deux de ces interventions eurent lieu chez des femmes malades ; l'une cardiaque, l'autre albuminurique. Si à l'exemple de la plupart des auteurs nous admettons que toutes les fois que le dégagement en O S a été observé, la position primitive était une variété postérieure, nous trouverons en ajoutant les 26 accouchements dont nous venons de parler aux 958 occipito-postérieures rapportées dans un chapitre précédent, que dans 984 accouchements dans lesquels l'occiput était tourné vers la partie postérieure du bassin, le dégagement s'est fait 26 fois en O S, c'est-à-dire dans la proportion de 2,64 0/0.

Bataillard n'avait trouvé qu'une proportion de 0,53 0/0.

Mais, à moins d'erreur de diagnostic peu probable, on voit que nos 26 observations comprennent des cas dans lesquels on avait diagnostiqué comme position primitive :

- 6 fois des occipito-antérieures ;
- 5 fois des occipito-transverses ;
- 11 fois des occipito-postérieures ;
- 4 fois la rotation était faite en O S.

Les erreurs de diagnostic nous semblent devoir être d'autant moins incriminées que dans deux des accouchements en occipito-antérieures, on nota successivement position G A, G T, puis O S; et nous ne voyons pas pourquoi la rotation, étant gênée, ou l'accommodation étant mal faite, une antérieure primitive ne se dégagerait pas en O S; la proportion des dégagements en O S dans les occipito-postérieures serait donc, en éliminant les O A, et les 5 O T de 1,54 0/0.

Mais peu important ces proportions, puisqu'il s'agit manifestement d'une anomalie qui n'a rien de défavorable; on l'accusait d'être dangereuse pour la mère et pour l'enfant, nous avons montré qu'il n'en est rien. Elle produisait souvent, disait-on des déchirures considérables souvent centrales, du périnée; nous avons noté trois fois de légères éraillures de la fourchette; enfin, à en croire les auteurs elle nécessiterait presque toujours l'emploi du forceps sur 32 accouchements on n'est intervenu que trois fois; et encore dans deux cas, ce fut uniquement pour sauver des femmes malades avant le travail.

Il est vrai que dans la statistique de Vallois, publiée l'année dernière, et dont nous avons déjà parlé; sur 9 positions G P, sept fois l'occiput se dégagea en arrière, trois fois spontanément, quatre fois à l'aide de forceps, mais il n'est pas démontré que dans les cas de forceps la rotation en arrière ne fût pas due à l'intervention elle-même;

dans l'une on trouve signalée une tumeur extra-utérine, dans une autre on dût faire deux applications de forceps successives, et dans aucune des quatre n'est indiquée la position de l'occiput au moment de l'application.

Puisque nous citons le travail du docteur Vallois, rappelons que sur 2.000 accouchements par le sommet, cet auteur a trouvé 670 D postérieures et 9 G P seulement, or pas une seule D P ne s'est dégagée en O S; tandis que cette variété de dégagement eut lieu sept fois dans les positions gauches postérieures. On a pu voir plus haut que quatre fois ce dégagement pouvait peut-être être attribué à une intervention; mais Mac-Donald avait déjà insisté sur cette plus grande fréquence du dégagement en arrière des G P.

Nous avons trouvé, en réunissant les occipito-transverses aux occipito-postérieures, que le dégagement en O S avait lieu dans la proportion de :

3,29 0/0 pour les G P;

1,28 0/0 pour les D P.

Mais nos chiffres sont trop peu nombreux pour avoir quelque valeur; dans aucune des observations de Bataillard, la position primitive n'a pu être notée, nous n'avons pu, par conséquent, ajouter ses chiffres aux nôtres pour avoir un plus grand nombre de cas.

**Du pronostic dans les accouchements par le
sommet en variété postérieure.**

D'après les anciens auteurs, la durée du travail serait de cinq à six heures plus longue dans les accouchements en variété postérieure que dans les accouchements en variété antérieure, c'est tout au plus si, aujourd'hui encore, on accorde que cette différence n'est le plus souvent que de quatre heures.

On voit d'après les tableaux ci-dessus que notre statistique est plus favorable aux occipito-postérieures, puisque si l'on compare le tableau I (O A) aux tableaux II (O P) et IV (O P + O T) la différence entre la durée moyenne du travail n'a été, en faveur des occipito-antérieures, que de deux heures chez les primipares ; et que, chez les multipares, la durée du travail a été exactement la même pour les variétés antérieures et pour les variétés postérieures à quelques minutes près.

Par rapport au poids de l'enfant, cette différence va en augmentant : d'une heure et demie seulement pour les enfants de 2.500 à 3.000, de 2 heures

pour ceux de 3.000 à 3.500, elle est de deux heures et demie quand l'enfant pèse de 3.500 à 4.000.

Chez les multipares, l'influence du poids de l'enfant n'est pas sensiblement marquée, comme l'avait déjà signalé Bataillard, dont les chiffres ne concordent pas tout à fait avec les nôtres; d'après sa statistique, la durée moyenne du travail serait moindre, aussi bien dans les accouchements en variété antérieure que dans les accouchements en variété postérieure, mais la différence serait plus grande que nous ne l'avons trouvée, selon lui la durée moyenne a été dans 311 accouchements en variété postérieure de :

14 h. 22 chez les primipares
et de 7 h. 50 chez les multipares;
tandis qu'elle n'a été que de :

11 h. 11 chez les primipares
et de 6 h. 42 chez les multipares

dans les 650 accouchements en variété antérieure, soit une différence de trois heures en faveur des occipito-antérieures chez les primipares, et d'une heure chez les multipares.

Vallois, dans son article, au lieu de faire la moyenne des heures de travail, a cherché combien de fois dans les antérieures et dans les postérieures l'accouchement avait duré plus de 15 heures chez les primipares, plus de 8 chez les multipares (15 heures et 8 heures étant les moyennes maximales données par Tarnier et Chantreuil); il a trouvé

ainsi que, d'une façon générale, la durée du travail était plus grande dans les variétés postérieures. Contrairement aux résultats de Bataillard et à ceux de notre statistique, qui montrent que la différence est surtout marquée chez les primipares, alors qu'elle est beaucoup moindre ou même nulle chez les multipares, Vallois trouve que chez les primipares, la durée de l'accouchement n'a pas paru influencée par la position, tandis que chez les multipares, c'est surtout dans les droites postérieures que le travail a été le plus long; mais Vallois s'appuie ainsi, pour établir sa fréquence, sur des cas exceptionnels, ce qui nous paraît peu logique.

Voici les chiffres donnés par Vallois du 1^{er} janvier 1881 au 31 décembre 1890 :

Primipares chez lesquelles le travail a duré 15 heures et plus : O I G A : 182
O I D P : 80

Multipares chez lesquelles le travail a duré 8 heures et plus : O I G A : 159
O I D P : 104

« Pendant cette période, dit Vallois, il y a eu 1.319 accouchements en O I G A et 670 en D P. Ce qui donne une proportion de 2 G A pour 1 D P. Si l'on tient compte de cette proportion, on voit que, d'une façon générale, le travail a été plus long dans les positions postérieures que dans les antérieures. Distingue-t-on les primipares et les multipares, on trouve que chez les premières, la durée

de l'accouchement n'a pas paru influencée par la position tandis que, pour les secondes, c'est surtout dans les droites postérieures que le travail a été le plus long. »

Quoi qu'il en soit, du travail de Bataillard aussi bien que de celui de Vallois et du nôtre, il résulte que la durée du travail n'est pas aussi longue que l'ont prétendu les auteurs; et il suffit de se reporter au dernier tableau (G P) pour constater que parmi les occipito-postérieures les variétés gauches ne sont pas plus défavorables que les droites, et dans bien des cas l'accouchement y est très rapide, il nous suffira, pour en donner un exemple, de dire que pendant l'année 1892, 29 primipares, ayant un bassin normal, ont accouché à la clinique Baudelocque et que la durée moyenne du travail n'a été que de 9 h. 35 min. L'opinion de Cazeaux, Mattei, Scanzoni, et autres relativement aux G P est donc aussi exagérée que celle qu'ils ont émise sur les occipito-postérieures en général.

Nous venons de voir quelle est la durée du travail dans les occipito-postérieures; voyons donc maintenant quels sont les dangers de ces positions, dangers signalés par tous les auteurs et qui leur font porter un si grave pronostic.

Du côté de la femme nous trouvons trois cas de mort dont voici les observations résumées :

Année 1891. — N° 356. — 1° La nommée R... D..., 22 ans, Ipape, entre à la clinique le 20 mars à 5 heures

du soir, après avoir été examinée dans la journée dans une maternité où on ne put l'accepter.

Date des dernières règles : 15 juin 1890. La grossesse ne présente rien de particulier. Début du travail à 6 heures du matin le 21 mars. Rupture des membranes prématurée dans la nuit du 19 au 20 mars. Présentation du sommet en D P. La femme accouche à 2 h. 55 du soir, après une période d'expulsion très courte (10 minutes), d'une fille vivante de 2.500 grammes, qui quitte le service en bon état le 4 avril.

Odeur fétide du liquide amniotique; on fait des injections vaginales prolongées.

La délivrance naturelle a lieu 1 h. 20 après l'accouchement. Les membranes sont complètes et mesurent 28/4.

Le 22 mars, la température est de 37°4 le matin; le soir, violent frisson 40°5. Irrigation continue.

Le 23 au matin, température 36°7; on cesse irrigation; le soir, nouveau frisson et 40°. On recommence irrigation.

Le 24, 10 h. 1/2 du soir, violent frisson. On cesse irrigation.

Le 25, frisson, vomissements, 39°.

Le 26 mars, de nouveau irrigation; le soir, nouveau frisson très violent, avec phénomènes de cyanose, dyspnée, délire.

Vu l'état général de la femme, on cesse l'irrigation continue le 26, à 8 heures du soir.

Le 27, à 8 heures du soir, nouveau frisson.

28, 29, 30 mars, état général de plus en plus grave, agitation, délire; langue sèche, ventre peu développé, non tendu, indolore à la pression, et partout sonore.

Le 31, agonie. Mort à 11 heures du soir.

Autopsie. — Phlébite utérine gauche avec suppuration

du ligament large.. Infarctus pulmonaires suppurés. Néphrite infectieuse.

Année 1891. — N° 1018. — 2° Ipare, 32 ans. A son entrée, albumine en assez grande quantité. Œdème. Régime lacté. D P. Rupture des membranes spontanée et précoce. Le travail dure depuis deux jours quand elle entre; 1 jour après la dilatation n'est pas plus avancée. On applique deux branches du dilateur l'arnier; on essaye en vain d'appliquer la 3^e branche 2 heures plus tard, la lèvre antérieure est œdématiée. 2 heures plus tard, dilatation de 5 fr. 10 heures après, une paume de main. Application de forceps; extraction d'un enfant vivant de 3.690 grammes, double déchirure du col jusqu'à l'insertion du vagin. Délivrance artificielle. Foyers hémorrhagiques dans le placenta.

Le lendemain, 38°, puis la température redevient normale pendant 4 jours; après quoi surviennent des vomissements, une diarrhée continuelle; le pouls est de 160. Puis survient délire, grande agitation, frissonnements et mort 9 jours après l'accouchement.

Année 1891. — N° 1260. — « 3° 35 ans, 8 accouchements; enfants antérieurs morts peu après leur naissance. Sommet en D P. Etat général mauvais. Anémie; arythmie cardiaque, dédoublement du 2^e bruit à la base; œdème généralisé.

« Dès son entrée la femme est soumise au régime lacté, à la digitale, au repos au lit.

« Elle expulse après une demi-heure seulement de travail, un fœtus de 1740 grammes qui succombe le lendemain.

« La femme succombé trois jours après l'accouchement.
« Autopsie. — Dégénérescence graisseuse de tous les
« organes. Hypermégalie du foie et de la rate. Ascite.
« Hydrothorax. »

Il est inutile d'insister sur ces observations, il résulte suffisamment de leur lecture que la présentation n'est pour rien dans la mort de la mère; pas plus qu'on ne peut incriminer les O A d'être cause de la mort des 6 femmes dont nous avons parlé dans notre premier tableau.

La mortalité fœtale est aussi indépendante que la mortalité maternelle de la position du fœtus; cela résulte suffisamment de nos tableaux; mais en admettant que la position joue un rôle dans ce cas; on voit que dans notre statistique, la mortalité serait plutôt moindre dans les O P que dans les O A.

Nous n'insisterons pas davantage sur les accidents, qu'on a attribués aux occipito-postérieures. Pas une seule fois nous n'avons trouvé de fistules, d'eschares, de paralysies; les déchirures du périnée n'y sont pas plus fréquentes que dans les autres variétés, une fois il est vrai dans une O P on a noté une déchirure centrale du périnée, mais dans un cas tout spécial, dont l'observation a été publiée par le docteur Boissard dans la *France médicale* de 1890; il s'agissait d'une femme dont l'ouverture vulvaire, au lieu de se trouver cachée et enfouie pour ainsi dire, au fond de l'espace

compris entre les cuisses, apparaît au contraire librement et se trouve ouverte en haut et en avant.

Quant aux suites de couches, à part les cas de morts que nous avons rapportés; elles ont été bonnes dans presque tous les cas, Bataillard, dans sa thèse, avait pour les comparer aux occipito-antérieures, divisé les femmes en diverses catégories, et noté le nombre de celles qui avaient atteint 38°, 39°, 40°. En faisant notre travail, nous avons également noté la température, suivant les diverses catégories de Bataillard, et comme lui nous avons constaté que les températures élevées n'avaient pas été plus fréquentes dans les occipito-postérieures que dans les antérieures. Toutefois cette manière de constater l'influence de la position nous paraît un peu illusoire, chez beaucoup de ces femmes la température étant due à des crevasses du sein avec lymphangite, ou à toute autre cause étrangère au travail.

Ce sont les suites immédiates, qu'il serait plus important de connaître; la durée du travail étant un peu plus longue dans les postérieures, on a accusé ces accouchements de produire l'inertie utérine, et par suite d'exiger le forceps presque fatalement, ou d'amener souvent des hémorrhagies après l'expulsion, nécessitant la délivrance artificielle. Nous avons cherché combien de fois la délivrance artificielle avait été pratiquée chez les femmes dont les fœtus s'étaient présentés en occi-

pito-antérieures, combien de fois les occipito-postérieures, pendant les années 1891 et 1892 réunies.

Sur 1.294 accouchements en O A on pratiqua 11 fois la délivrance artificielle, soit 0,85 0/0.

8 fois après accouchement spontané 3 fois après application de forceps.

Sur 712 accouchements en O P on pratiqua 8 fois la délivrance artificielle soit 1,13 0/0. 5 fois après accouchement spontané, 3 fois après application de forceps.

La proportion est un peu plus grande pour les O P que pour les O A due comme les accouchements au forceps à l'inertie utérine.

Si les auteurs ont exagéré en affirmant que presque fatalement on devait appliquer le forceps dans toutes les variétés postérieures ; il n'en est pas moins exact que la proportion de forceps est un peu plus grande dans les O P que dans les O A. Bataillard avait trouvé une proportion de :

6,78 0/0 forceps dans les O P ;

3,95 0/0 forceps dans les O P ;

22,48 0/0 forceps dans les O T.

Notre statistique nous donne :

3,65 0/0 forceps en O P ;

1,27 0/0 forceps en O A ;

7,62 0/0 forceps en O T.

On voit que les applications de forceps ont été moins fréquentes à la clinique Baudelocque

qu'elles ne l'ont été à Lariboisière pendant les années dont les accouchements ont servi au travail de Bataillard, ce qui tient peut-être à ce que de plus en plus persuadé de l'innocuité des occipito-postérieures, M. le professeur Pinard et ses élèves n'interviennent que plus tardivement, et laissent s'accomplir spontanément des accouchements dans lesquels, sur la foi des auteurs, ils intervenaient plus tôt autrefois.

On voit en lisant les chiffres cités plus haut que ce sont les variétés transversales qui ont donné lieu au plus grand nombre d'interventions ; fait rationnel, si on admet que les OT ne sont que des OP en voie de rotation, et que, comme le remarque M^{me} Lachapelle, citée par Bataillard, quand la rotation en avant est empêchée pour une cause quelconque, c'est dans le diamètre transversal que l'occiput est arrêté. C'est donc là qu'a lieu le plus souvent l'application du forceps. Vallois qui trouve la même proportion d'intervention dans les antérieures et les postérieures, 2,95 0/0 dans les premiers, 2,98 0/0 dans les secondes, ne parle pas des occipito-transverses.

Cette proportion plus grande des forceps dans les occipito-postérieures apporte-t-elle une gravité beaucoup plus grande au pronostic.

Nous plaçons à la fin de ce chapitre une série de tableaux dans lesquels sont résumés tous les accouchements au forceps pratiqués sur les positions qui nous occupent ; si nous les parcourons, nous

voyons que 6 enfants ont succombé, 4 pendant le travail ou des suites du travail, un de syphilis, un autre avait un spina-bifida, si nous retranchons les deux derniers, nous voyons que sur 72 cas l'application de forceps en O P a été fatale 4 fois au fœtus, soit dans la proportion de :

5,55 0/0.

sur 23 forceps appliqués en O A, deux fois l'enfant a succombé pendant le travail, soit

8,69 0/0.

de forceps appliqué en O P ou plutôt en O T, car, comme on le verra plus loin, c'est toujours ainsi qu'il est appliqué à la clinique Baudelocque, n'est pas plus dangereux pour l'enfant que lorsqu'il est appliqué en O A.

Cependant le 4 mars dernier, M. le professeur rapportait une observation d'enfant mort dans un cas d'application de forceps au détroit supérieur sur une position gauche postérieure; voici le résumé d'une clinique qu'il fit à ce sujet :

« Il s'agit d'une primipare à terme, le bassin n'est pas absolument normal, il est légèrement rétréci. La femme est en travail; c'est une présentation du sommet en OIG P, la tête est très élevée au-dessus du détroit supérieur. Il y a deux raisons à cela : d'une part le ventre a une forme particulière et l'utérus renferme un excès de liquide, et d'autre part lorsque le bassin est un peu rétréci — ce qui est ici le cas — la tête s'engage

plus difficilement. Rupture spontanée des membranes et après trois heures d'attente on termina l'accouchement par une application de forceps. On saisit la tête, on tira la tête, mais l'engagement ne se fit pas. En introduisant la main on vit que la tête n'était pas fléchie. On la fléchit à l'aide de la main et on la mit en transversale ; par une seconde application, on termina, mais difficilement l'accouchement. L'enfant était mort.

Cet accouchement ajoute M. Tarnier, ne présente rien de bien extraoedinaire, mais c'était une occipito-postérieure et dans les occipito-postérieures, il faut savoir que les applications de forceps sont plus pénibles pour l'accoucheur et plus pénibles pour l'enfant. »

Nous avons tenu à rapporter complètement cette clinique, parce qu'elle émane d'un professeur de la Faculté dont l'autorité est, à juste titre, très grande en obstétrique ; mais l'exemple nous paraît peu convaincant, et nous paraît mal choisi pour incriminer les O P puisque cette femme avait un bassin rétréci, et que rien ne démontre que ce ne soit pas le rétrécissement et non la position qui ait rendu cet accouchement si laborieux.

Enfin, à la Société obstétricale, M. Charpentier a de nouveau accusé les occipito-postérieures O P d'être une cause fréquente de dystocie, et à propos de l'observation suivante :

« Il s'agit d'une ipare, tête en O I G P, application de forceps, dégagement en O S ; le col a été

déchiré sur sa lèvre postérieure. Le vagin porte l'empreinte d'un profond sillon sur la lèvre postérieure ; il y a peu de sang. La tête de l'enfant porte une large empreinte au front et à l'occiput.

Le lendemain paralysie vésicale, anesthésie de la cuisse. Constipation. Au 4^e jour l'emploi d'un purgatif, douleur très vive au niveau du sacum ; température 39°5. Pendant huit jours aucun purgatif ne put vaincre la constipation, il y avait de la fièvre, mais pas d'infection, les lochies étant saines ; l'involution se faisait régulièrement sauf au col où l'on dut réséquer le fragment comprimé voisin de la déchirure. Au 13^e jour, sous l'influence de 0 gr. 50 de calomel, de 0 gr. 50 de jalap et de 30 grammes d'eau-de-vie allemande, il y eut une large débâcle fécale et la fièvre tomba. L'anesthésie de la jambe ne guérit qu'au bout de 11 mois. Le sillon vaginal se répara sans encombre.

L'enfant, bien développé à la naissance, paraissait guéri au bout de 7 à 8 jours de ses empreintes de la face et des joues ; restaient les sillons occipitaux ; un abcès survint entre ces sillons, que l'on dut ouvrir, puis une série d'autres avec élimination de fragments osseux ; cela dura 8 mois et se termina par l'élimination d'un large débris occipital.

Il nous a paru intéressant de reproduire intégralement, d'après les nouvelles, *Archives d'obstétrique*, cette intéressante observation.

On y trouve réunis à peu près tous les méfaits dont on a chargé les occipito-postérieures et pour-

tant, en la lisant, si M. Charpentier ne nous disait que c'est lui-même qui a pratiqué l'accouchement, on serait tenté d'attribuer tous ces accidents à une intervention maladroite ; la déchirure du col semblant indiquer que la dilatation n'était pas complète lors de l'application, et les lésions faites à la tête de l'enfant semblant indiquer une prise mauvaise oblique de l'occiput au front.

Du sexe de l'enfant.

M. le professeur Pinard signale souvent à la clinique l'influence du sexe dans certains cas de dystocie; telle femme ayant un bassin légèrement rétréci accouche spontanément une première fois d'un enfant de 2.500 à 3.000 grammes si c'est une fille, et dans un accouchement ultérieur, pour un enfant du même poids ou même d'un poids inférieur on sera obligé d'intervenir si c'est un garçon; dans la grande majorité des symphyséotomies pratiquées à la maternité Baudelocque, le fœtus était un garçon.

C'est Simpson qui s'est fait l'un des premiers le défenseur de cette idée que, dans la majorité des cas de dystocie, le fœtus était masculin; nous n'avons pas l'intention de discuter ici, ni même d'énoncer les propositions contenues dans le mémoire de Simpson sur ce sujet; mais il nous a paru intéressant tout en donnant nos moyennes de voir quelle était la durée moyenne du travail chez les filles comparées à celle des garçons; nous allons donner les chiffres sans commentaires :

Dans les accouchements en occipito-postérieures sur 519 primipares on trouve :

255 garçons dont l'accouchement a été en moyenne de 16 h. 42 ;

264 filles avec une moyenne de 15 h. 35.

Chez 439 multipares, la durée moyenne a été de :

9 h. 55 pour 222 garçons ;

9 h. 34 pour 217 filles.

Dans les occipito-antérieures :

La moyenne a été de :

14 h. 35 pour 457 garçons,

14 h. 18 pour 451 filles

dans 908 accouchements chez des primipares.

Chez les multipares (O A) on trouve :

10 heures pour 453 garçons,

9 h. 42 pour 435 filles.

On voit que la durée moyenne du travail est un peu plus longue chez les garçons que chez les filles et que dans les occipito-postérieures cette différence est de plus d'une heure chez les primipares.

Elle est moins grande dans les O A.

Présentation du sommet

Forceps

N ^{os} D'ORDRE	PARITÉ	AGE de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du travail	DURÉE de l'expulsion	ÉTAT de l'enfant	SEXE	POIDS	DIAMÈTRES de la tête					DURÉE de la délivrance
									OM	OF	SOB	Bi P	BIT	
180	I	9 mois	GP	16 h.	3 h. 15	vivant	m.	3.120g	14,5	11,5	9	10	8	30 m.
407	I	8 mois 1/2	DP	28 h.	55 m.	—	f.	2.900	14,5	11,3	9,1	10,2	8	30 m.
437	I	à terme	DP	3 jours	2 h. 55	—	f.	3.240	15,3	12,5	9,6	10,5	8,3	20 m.
509	I	—	GP	14 h.	4 h.	—	f.	3.150	14,2	11,7	9,3	10,4	8,2	40 m.
719	I	—	DP	35 h.	4 h. 55	—	f.	3.100	13,5	11,2	10	9,8	8,4	45 m.
738	I	—	DP	6 h. 10	2 h. 15	—	f.	3.120	13,3	11,5	9,4	10,4	8,1	40 m.
861	I	8 mois 1/2	DP	42 h.	2 h.	mort asph.	?	2.700	12,8	11	9,2	10	8,4	30 m.
864	I	à terme	DP	26 h.	2 h. 15	vivant	f.	3.190	13,6	11,7	9,5	10,8	8	30 m.
798	I	—	DP	18 h.	4 h.	—	m.	4.470	15,4	12,3	10,1	11,6	8,3	20 m.
890	I	—	DP	14 h.	2 h.	—	f.	4.120	13,8	12,3	9,8	11	7,8	1 h. 20
933	I	—	GP	43 h.	10 m.	—	m.	3.170	13,2	11,8	9,4	10,8	7,6	5 h.
1002	I	—	DP	12 h.	3 h.	—	m.	3.620	13,6	11,8	9,6	10	8,5	30 m.
1061	II	—	DP	19 h.	?	—	m.	4.250	14,3	12,5	9,9	11,9	8,6	40 m.
1202	I	—	DP	14 h.	2 h. 30	—	m.	3.450	14	12,2	10	11,1	8	2 h.
1240	I	—	GP	72 h.	2 h. 45	—	f.	3.160	13,3	11,6	9,2	9,6	7,5	30 m.

n variété postérieure.

Année 1890.

MODE de délivrance	RUPTURE des membranes	TEMPÉRATURE	ENFANT sorti	LIEU d'application	OBSERVATIONS
naturelle	rupt. prém. 36/6	37°	vivant	vulve	Hémorrhagie au cours de la grossesse. Épaississement du segment inférieur. Liquide amniotique verdâtre.
—	art. 31/2	37°	—	détroit inf.	Hydramnios gros œuf; ralentissement des bruits du cœur fœtal.
—	spont. 30/15	37°	—	—	Inertie utérine.
—	20/20	37°	—	—	Lenteur du travail et insuffisance des douleurs; tête ne progressant pas depuis 3 heures.
—	25/15	37°	—	—	Ralentissement des bruits du cœur; application en DA; déchirure du périnée.
—	?	37°	—	excavation	Défaut de progression.
—	24/8	37°	mort	détroit inf.	Ralentissement des battements du cœur. Déchirure.
—	?	38°	vivant	—	Insuffisance des contractions utérines.
—	?	37°	—	—	Inefficacité des douleurs.
—	35/13	37°	—	—	Ralentissement des douleurs et défaut de progression de la tête.
artific.	20/20	39°	—	—	Longue durée du travail et 39° de température.
naturelle	20/10	37°	—	—	Longue durée de l'expulsion.
artific.	?	38°	—	vulve	Délivrance artificielle pour cause d'hémorrhagie abondante.
naturelle	?	37°	—	—	Inertie utérine
—	25/8	37°	—	détroit inf.	Résistance des parties molles.

Présentation du sommet

Forceps

N ^{os} D'ORDRE	PARITÉ	AGE de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du travail	DURÉE de l'expulsion	ÉTAT de l'enfant	SEXE	POIDS	DIAMÈTRES de la tête					DURÉE de la délivrance
									OM	OF	SUB	B P	B T	
35	I	à terme	DP	25 h.	3 h.	vivant	m.	3.280g	13,3	11,1	10	9,8	8,4	3 h.
391	I	—	DP	10 h.	3 h. 25	—	f.	3.200	13,8	11,9	9,6	11,4	8,2	1 h.
439	I	—	DP	14 h.	45m.	—	m.	3.420	14	12	9,3	11	8,9	1 h. 30
464	I	8 à 9 mois	DP	12 h.	4 h.	—	m.	2.370	13,3	11	8,2	9,9	7,2	10 m.
500	I	—	DP	9 h.	3 h.	—	m	2.370	13,5	11,5	9,4	10	7,7	1 h.
614	I	à terme	DP	12 h.	1 h. 15	—	f.	3.250	14	11,5	9,5	11,5	7,5	1 h.
713	I	—	GP	5 jours	6 h.	—	f.	3.100	13	11	9,5	9,1	8,2	?
724	I	—	DP	25 h.	4 h. 30	—	m.	3.060	14,3	12,2	9,8	9,8	8,4	1 h.
823	I	—	DP	6 h. 30	1 h. 45	—	m.	3.450	13,4	11,1	9,3	10,1	8,2	20 m
1018	I	—	DP	11 h.	?	—	m.	3.690	15,3	13	9,5	10,9	8	?
1354	I	—	DP	54 h.	1 h.	—	f.	2.880	11,4	11,7	9,2	10,5	8,5	40 m.
1446	I	—	GP	28 h.	4 h. 30	—	m.	3.350	13,6	12	9,5	11,1	7,5	30 m.

en variété postérieure.

Années 1891.

MODE de délivrance	RUPTURE des membranes	TEMPÉRATURE	ENFANT sorti	LIEU d'application	OBSERVATIONS
naturelle	spont. DC. ?	37°	vivant	excavation	Procubitus de la main. Défaut de rotation. Albuminurie du travail.
—	hâtive 9/29	38°5	—	det. infér.	Défaut de progression de la tête après 3 h. 30 de dilat. complète.
—	art. DC. ?	38°5	—	—	Ralentissement des bruits du cœur; circulaire. 38° le 14 ^e jour.
spontanée	prémat. 3/20	36°	—	—	Défaut de progression de la tête.
naturelle	hâtive 4/18	36°	—	—	Procubitus du cordon et de la main.
—	?	39°	—	—	Ralentissement des bruits du cœur. Température normale jusqu'au 10 ^e jour. Lymphangite du sein; albuminurie du travail.
—	hâtive ?	37°	—	—	Longueur de la période d'expulsion. Albuminurie de la grossesse.
—	? 10/31	40°	—	—	Lymphangite du sein, irrigation continue.
spontanée	? 0/29	36°	—	—	Déf. de rotation. Ralentissement des bruits du cœur. Procubitus de la main.
artific.	hât.liq.col.?	40°	—	excavation	Écarteur Tarnier pour lenteur de dilatation.
naturelle	au cours du trav.liq.vert	36°	mort le lend. de sa nais.	det. infér.	Tête en transversale. Épuisement de la femme; 5 minutes d'extraction.
—	? 7/37	36°	vivant	—	Défaut de rotation de la partie fœtale.

Présentation du sommet

Forceps

N ^o D'ORDRE	PARITÉ	AGE de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du travail	DURÉE de l'expulsion	ÉTAT de l'enfant	SEXE	POIDS	DIAMÈTRES de la tête					DURÉE de la délivrance
									OM	OF	SOB	BIP	BIT	
195	I	7 à 8 mois	DP	20 h. 40	4 h. 40	vivant	f.	2.720g	14	12,6	10	10	8	40 m.
238	I	7 à 8 mois	DP	31 h.	6 h.	—	f.	2.720	13	11,2	8,6	9,4	7,4	1 h. 35
242	I	8 à 9 mois	DP	31 h.	6 h.	—	f.	2.930	13	12	9,5	10,5	8	35 m.
296	I	8 à 9 mois	DP	19 h.	5 h. 15	—	f.	2.930	12,4	11	8,6	10	8	1 h.
412	I	à terme	DP	37 h.	2 h. 45	—	m.	3.150	13,2	10,5	9,5	10,2	8	35 m.
605	I	8 à 9 mois	GP	27 h.	3 h.	—	m.	2.890	13	10,5	9	10,5	9	35 m.
608	I	à terme	DP	12 h.	3 h. 20	—	f.	3.420	14,8	12,7	9,1	12,1	8,1	35 m.
894	I	8 à 9 mois	GP	53 h.	25 m.	—	m.	2.960	13,2	10,8	9,6	10,7	8	15 m.
941	I	8 à 9 mois	DP	24 h.	3 h.	—	f.	2.650	13,7	11,5	9,1	10,2	8	40 m.
1053	I	à terme	GP	13 h.	5 h.	—	m.	4.200	15	12,5	9,5	10,7	8	35 m.
1500	I	à terme	DP	17 h.	6 h.	—	m.	3.500	14,5	12,2	9,6	11,2	9	2 h.

en variété postérieure.

Année 1892.

MODE de délivrance	RUPTURE des membranes	TEMPÉRATURE	ENFANT sorti	LIEU d'application	OBSERVATIONS
naturelle	précoce 28/0	N	vivant	det. inf.	Forceps pour résistance du coccyx et ralentissement des bruits du cœur.
—	spont. au cours du tr.	N	—	—	Défaut de progression de la tête.
—	spont. au cours du tr. 40/1	N	—	excavation	Au début du trav., hémorrhagie assez abondante. Défaut de rotation et modification des bruits du cœur par suite de procidence du cordon.
spontanée	— ?	N	—	det. inf.	Forceps pour modification des bruits du cœur.
naturelle	artific. à une dilat. de 1 fr. 29,2	N	—	—	Forceps pour défaut de progression de la tête. Travail long.
—	spont. art. DC 30/8	N	—	—	Lenteur de la période d'expulsion. Modification du rythme du cœur. Périnée œdématisé, déchirure de 3 cent.
—	précoce 30/6	N	—	—	Ralentissement des bruits du cœur. Enfant né en état de mort apparente. Ranimé.
spontanée	art. au cours du trav. 23/11	N	—	—	Forceps nécessité par l'épuisement de la femme.
—	précoce 24/12	N	—	excavation	Albuminurie. Rotation non effectuée, liquide amniotique vert.
naturelle	artific. DC	N	—	—	Défaut de progression de la tête.
artific.	spont. DC	N	—	—	Forceps dans excavat. Défaut de rotation.

Présentation du sommet

Forceps

N ^{os} D'ORDRE	PARITÉ	AGE de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du travail	DURÉE de l'expulsion	ÉTAT de l'enfant	SEXE	POIDS	DIAMÈTRES de la tête					DURÉE de la délivrance
									OM	OF	SOB	Bi P	Bi T	
266	I	8 m. 1/2	DT	17 h 55	3 h. 55	vivant	m.	3.220g	14,7	12	9,6	11,1	9	1 h. 50
489	I	9 mois	GT	9 h.	2 h. 40	—	m.	3.320	13,6	12	9,4	10,2	8,4	40 m.
642	III	8 mois	GT	21 h.	3 h.	—	f.	2.960	13,6	11,7	9,8	10,5	9,5	1 h. 35
115	I	à terme	GT	21 h.	4 h. 30	—	f.	3.080	14	11,4	8	11,1	8,5	1 h.
207	I	—	GT	48 h.	5 h.	—	f.	3.340	12	11,3	10,2	10,5	9	30 m.
655	I	—	GT	32 h.	10 m.	—	f.	3.630	13	12,3	10	11,1	8,8	1 h.
679	I	8 à 9 mois	GT	11 h 45	3 h. 45	—	m.	3.200	14	12	9,6	10,9	7,3	55 m.
834	I	à terme	DT	11 h 45	3 h. 45	—	m.	3.060	14,2	12,3	9,2	11,8	8,1	55 m.
940	I	8 à 9 mois	DT	23 h.	5 h.	—	m.	2.820	13,1	12	9,4	10,5	7,5	30 m.
1040	I	à terme	DT	27 h.	2 h.	—	f.	3.350	14,1	11,8	15,2	9,9	7,9	35 m.
1074	I	—	GT	45 h.	4 h. 30	—	m.	4.200	?	?	?	?	?	2 h.

en variété transversale.

Année 1890.

MODE de délivrance	ÉTAT des membranes	TEMPÉRATURE	ENFANT sorti	LIEU d'application	OBSERVATIONS
naturelle	spont. OC 28/3	38°	vivant	det. infér.	Périnée œdématisée. Défaut de progression de la tête. Ralentissement et modification des bruits du cœur. Résistance du périnée.
spontanée	précoce 30/10	N	—	vulve	Ralentissement des bruits fœtaux.
artific.	spont. OC ?	N	—	det. infér.	Liquide amniotique verdâtre. Longue durée de l'expulsion.
naturelle	— , 26/8	37°	—	—	Défaut de progression.
	précoce 30/4	38°	—	—	Dilat. lente. Écarteur Tarnier. Forceps, 3 h. après la dilatation complète. Rotation faite. Pour arrêt dans la descente de la tête.
	prémat. 26/5	N	—	—	Tumeur liquide s'opposant à la descente; ponction, puis dilatation rapide et forceps.
—	art. I - I fr. 34/2	37°	—	—	Défaut de progression.
	spont. OC 19/7	38°	—	—	Résistance considérable du périnée.
—	prémat. 30/3	38°	—	—	Hydramnios. Éclampsie.
	spontanée et précoce 20/7	38°	—	—	Lenteur et procidence du cordon. Attaque d'éclampsie, 15 minutes après l'extraction.
	—	N	—	—	Application de forceps en GA. Lenteur de l'expulsion.

Présentation du sommet

Forceps

N ^{os} D'ORDRE	PARITÉ	AGE de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du travail	DURÉE de l'expulsion	ÉTAT de l'enfant	SEXE	POIDS	DIAMÈTRES de la tête					DURÉE de la délivrance
									OM	OF	SoB	BiP	BiT	
145	I	à terme	GT	22 h.	4 h.	vivant	f.	3.080g						2 h
207	I	—	GT	48 h.	5 h.	—	f.	3.340						30 m.
696	I	— 1 avortement de 2 mois	GT	18 h.	2 h.	—	m.	3.100	14,4	12,1	9,5	11	8	1 h.
873	I	—	GT	22 h.	4 h. 30	—	f.	2.910	14	8,7	9,3	10,6	8,4	3 h.
908	I	—	DT	22 h.	2 h. 15	mort pendant le travail	m.	2.620	14	10,5	9,2	10,8	9,2	10 m.
949	I	—	GT	31 h.	3 h.	vivant	m.	3.400	13,4	12,2	9,6	10,3	8,4	40 m.
1163	I	—	GT	56 h.	1 h. 45	—	m.	4.400	14,1	12,5	9,7	11,2	9,7	?
1478	I	—	GT	16 h.	15 m.	—	m.	3.200	13,3	11,5	9,2	10,5	8	1 h.
1572	I	—	GT	10 h.	1 h.	—	f.	2.920	13,7	12,7	9,4	10,5	8	30 m.

en variété transversale.

Année 1891.

MODE de délivrance	RUPTURE des membranes	TEMPÉRATURE	ENFANT sorti	LIEU d'application	OBSERVATIONS
nat.	? 26/8	N	vivant	dét. inf	Procubitus du cordon. Défaut de progression de la tête.
—	hâtive 30/4	38°5	—	—	Dilatation lente. Œdème du col. Écarteur Tarnier. Forceps après rotation faite pour arrêt dans la descente de la tête. Hémorrhagie après la délivrance.
—	hâtive ?	39°5	—	dét. sup.	Procubitus de la main et du cordon réduits avant l'application du forceps. Lymphangite du sein.
—	art. DC liquide col. 31/40	N	—	—	Longueur de la période d'expulsion.
spont.	spont. à DC 24/8	N	mort	—	Kyste de l'ovaire du côté gauche. Ralentissement des bruits du cœur. Albuminurie de la grossesse.
nat.	spont. DC 25/13	N	vivant	dét. inf.	Résistance des parties molles.
artific.	hâtive ?	N	—	—	Gros œuf. Défaut de progression de la partie fœtale et fatigue générale de la femme. L'enfant a présenté des convulsions 4 jours après sa naissance.
nat.	prématurée liquide vert ?	38°5	—	dét. sup.	Ballon Champetier; au cours du travail pour souffrance du fœtus. Insertion marginale.
—	au cours du travail 28/4	N	—	excavat.	Modification des bruits du cœur.

Présentation du sommet

Forceps

N ^{os} D'ORDRE	PARITÉ	AGE de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du trav. il	DURÉE de l'expulsion	ÉTAT de l'enfant	SEXE	POIDS	DIAMÈTRES de la tête					DURÉE de la délivrance
									OM	OF	IOB	BiP	BiT	
263	I	à terme	LT	60 h.	30 m.	vivant	f.	3.830g	14	11,3	10	12,3	7,5	35 m.
329	I	8 à 9 mois	DT	16 h.	3 h.	—	f.	2.680	12,5	10	10	11	8	45 m.
395	I	8 à 9 mois	DT	20 h.	20 m.	—	m.	2.820	12,3	12,7	9,2	10	8	30 m.
566	I	à terme	GT	9 h. 15	2 h. 15	—	f.	3.750	14	11,7	9,8	10,5	8,6	?
618	I	8 à 9 mois	GT	31 h.	7 h. 15	—	f.	2.500	13,3	11,3	9,1	11	8,1	40 m.
666	I	8 à 9 mois	DT	39 h.	?	—	m.	2.900	13,5	12,4	9,3	10,2	8	33 m.
807	I	à terme	DT	27 h.	3 h. 30	—	m.	3.350	14	12	11	12,5	9,9	?
825	I	—	GT	21 h. 50	50 m.	—	f.	3.160	13,6	11,4	9,1	10	7,8	30 m.
1103	I	—	DT	10 h. 15	3 h. 45	—	f.	3.790	15	12,5	9,5	10,7	7,4	5 m.
1148	I	—	GT	39 h.	7 h.	—	m.	3.600	14,7	11	10,9	11,3	7,5	1 h. 50
1266	I	—	GT	22 h.	5 h. 25	—	m.	3.450						30 m.
1305	I	8 à 9 mois	GT	19 h. 45	4 h.	—	f.	2.700						50 m.
1634	I	à terme	GT	25 h.	4 h. 5	—	m.	3.350						45 m.

en variété transversale.

Année 1892.

Primipares.

MODE de délivrance	RUPTURE des membranes	TE. PÉRATEURE	ENFANT sorti	LIEU d'application	OBSERVATIONS
spontanée	prématurée?	38°5	vivant	excavation	Forceps en D.T. Ralentissement des bruits du cœur. Liquide vert. Femme albuminurique.
naturelle	précoce 27/7	38°5	—	—	Défaut de progression. Procubitus du cordon.
	art. DC 7	N	—	det. sup.	Providence du cordon. Essais infructueux de rétropulsion. Prise irrégulière en D.T. Légère paralysie faciale.
—	prématurée 40/10	38°5	—	—	Défaut de progression. Lymphangite du sein droit.
—	art. OC 25/3	38°8	—	excavation	Défaut de rotation de la tête. Élévation de température due à tubercul. pulmonaire. Albuminurie.
spontanée	précoce 35/7	N	—	det. sup.	Forceps avec dilat. incomplète du col. Injection intra-utérine entre la tête du fœtus et le col utérin.
naturelle	spontanée DC 32/2	N	—	det. inf.	Résistance de la vulve, périnée œdématisé. Forceps après rotation faite.
—	spont. av. DC 29/7	N	—	excavation	Liquide vert. Forceps pour modification des bruits du cœur. Albuminurie.
spontanée	prématurée 28/7	N	—	det. inf.	Défaut de progression de la tête.
—	spont. DC	N	—	det. sup.	Défaut de rotation. Modification des bruits du cœur.
—	spont. DC 24/10	38°5	—	det. inf.	Forceps pour résistance du bassin mou.
—	prématurée	N	mort 3 j. ap. naiss.	det. sup.	Défaut de rotation. Dégag. en O. sacrée.
—	précoce	39°4 40°	vivant	—	Tête mal fléchie. Œdème de la lèvre antér. Ralentissement des bruits du cœur. Pneumonie.

Présentation du sommet

Forceps

N ^{os} D'ORDRE	PARITÉ	AGE de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du travail	DURÉE de l'expulsion	ÉTAT de l'enfant	SEXE	POIDS	DIAMÈTRES de la tête					DURÉE de la délivrance
									OM	OF	SoB	BiP	BiT	
467	II	à terme	GT	42 h. 50	15 m.	vivant	m.	3.210 g	13,2	11,2	10,4	10,6	7	45 m.
782	IV	8 à 9 mois	DT	9 h.	2 h.	—	f.	2.980	11	9	11	10	8	15 m.
922	II	—	—	56 h.	3 h.	—	m.	2.750	12,5	11,9	10,2	8,7	7,1	35 m.
1157	II	à terme	—	8 h. 15	15 m.	—	m.	3.840	13,5	10,5	10	10,8	7,3	40 m.
1709	III	—	GT	5 h. 30	55 m.	—	m.	3.300	13,8	12,2	9,4	11	9	20 m.

en variété transversale.

Année 1892.

Multipares.

MODE de délivrance	RUPTURE des membranes	TEMPÉRATURE	ENFANT sorti	LIEU d'application.	Accouchements antérieurs	OBSERVATIONS
nat.	prématurée	N	vivant	dét. sup	1 avort. de 4 m. 1/2	Tête mal fléchie; œdème de la lèvre ant. du col. Défaut de progression.
—	precoce 37/8	39°	—	—	1 ac. à 7 m. 1/2 1 à 6 mois. 1 avort. de 3 m.	Tête mal fléchie. Forceps au détroit sup. Dégagement en OS. Irrigation continue
—	art. D 0,50 ?	N	mort 3 j. après sa naiss.	excavat.	Avortement de 6 semaines	Défaut de progression de la tête. Défaut de rotation et modifi- cation des bruits du cœur du fœtus. Enfant né étonné, ra- nimé, puis mort 3 jours après.
spont.	sp. DC 31,3	N	mort 17 j. après	—	1 ^{er} accouch. à terme à l'aide du forceps.	Ralentissement des bruits du cœur. Liquide vert. Spina bi- fida sur la rég. sacrée. Opéré 10 jours après sa naissance. Mort 7 jours après opération.
nat.	sp. D.pr. comp. 27/3	N	vivant	dét. inf.	2 acc ant. spont. et à terme.	Forceps pour ralentissement des bruits du cœur.

De l'intervention dans les occipito-postérieures.

Nous avons vu que depuis Nœgele, tout le monde admet que le dégagement en O pubienne est la terminaison naturelle des accouchements en occipito-postérieures.

Depuis, un grand nombre d'auteurs ont cherché à favoriser ou à provoquer cette rotation en avant ; les uns comme *Portal*, Leroux, Guillemeau, par des manœuvres externes ; les autres par des manœuvres internes, soit seules, soit combinées à des manœuvres externes.

C'est Baudelocque qui le premier eut l'idée de ramener avec la main l'occiput sous l'arcade pubienne. Velpeau fut un partisan des réductions manuelles. Divers procédés ont été employés par les accoucheurs pour obtenir cette rotation forcée.

Clarke introduisait deux doigts entre la symphyse pubienne et le côté de la tête ; puis exerçait une pression énergique pendant les contractions jusqu'à ce que le front fût repoussé en arrière.

John Burns, avec deux doigts placés entre la symphyse pubienne et la tempe ou la suture sagittale, appuie fortement contre le frontal ou le pa-

riétal, pendant une contraction, afin de tourner la face en arrière ; c'est également ainsi qu'agissaient Smellié et Velpeau, mais dit M. Tarnier (*loc. cit.*) qui a essayé ce procédé, c'est plus facile à dire qu'à exécuter.

Playfair et West attribuant le défaut de rotation à une déflexion trop marquée de la tête, pensent qu'il suffit de presser de bas en haut sur le frontal ; on provoque l'exagération de la flexion, et on produit le mouvement de rotation.

D'après Cazeaux, il vaut toujours mieux avoir recours au forceps.

Simpson et Barnes, ayant remarqué que presque toujours la rotation se faisant spontanément, pensent qu'il est préférable d'attendre plutôt que de recourir à des manœuvres pénibles pour la mère et dangereuses pour l'enfant ; Mac Donald, du reste, avoue n'avoir jamais, dans les cas difficiles, réussi à produire la rotation avec la main.

Nous citerons, en passant, le conseil donné par Pugh, d'avoir recours à la version, et celui tout récent de Taylor, de produire la déflexion de façon à avoir une présentation de la face.

Le professeur Tarnier, après avoir essayé, sans grand succès, tous les procédés des auteurs, conseille la manœuvre suivante : « Quand la dilatation est complète, glissez vos deux doigts de la main gauche derrière l'oreille qui regarde la paroi droite du bassin, enfoncez-les profondément tout au long du bord adhérent et non pas seulement

sur la partie flottante du pavillon ; attendez une contraction, ou mieux, faites pousser entre deux contractions ; à ce moment appuyez fortement derrière l'oreille, en même temps ramenez vos doigts avec force en avant, mais sans violence et continuez le mouvement jusqu'à ce que vos doigts soient arrivés sur le côté gauche du bassin. Presque toujours la tête suivra votre impulsion, obéissant à la première sollicitation, quelquefois seulement à la deuxième ou à la troisième, et l'accouchement se terminera en quelques minutes. Si votre main était retirée aussitôt la rotation obtenue, ajoute M. Tarnier, l'occiput pourrait retourner en arrière, le bénéfice acquis serait perdu ; il faut laisser vos doigts en place jusqu'à la contraction prochaine, qui fixera définitivement la tête en avant... vous devrez toujours, dit il en terminant, avoir recours à cette manœuvre digitale avant de vous servir du forceps. »

Blanc s'est fait, dans un article du *Lyon médical*, le défenseur des interventions manuelles dans les occipito-postérieures ; après avoir rapporté le procédé de John Parry, qui, pour mieux pratiquer la rotation, soulève la tête jusqu'au dessus du détroit supérieur, de façon à dégager ses grands diamètres et à produire la flexion ; il déclare avoir obtenu ainsi de bons résultats dans les bassins normaux, et conseille d'essayer, dans tous les cas, la rotation manuelle, puis, si l'on échoue, d'intervenir avec le forceps. Enfin, dans tous les

cas, si la résistance à la rotation est trop marquée, ne pas s'obstiner, mais essayer de dégager en OS, et en cas d'insuccès, se comporter comme dans les bassins rétrécis.

Loriot, dans un article publié en 1884 dans les *Annales de gynécologie*, conseille un procédé mixte. •

« Si dans une DP la rotation ne peut se faire, introduire la main gauche, le pouce excepté, dans les voies génitales, dans l'intervalle des contractions, la main placée en supination et de telle sorte que son dos repose sur la face postérieure du vagin. Contourner ensuite la tête d'avant en arrière jusqu'à ce que la paume de la main embrasse dans sa cavité le pariétal postérieur. La main droite maintient le fond de l'utérus. La main gauche repoussera en avant l'extrémité occipitale, jusqu'à ce qu'elle puisse prendre, au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, la place abandonnée par l'occiput. Ce dernier a quitté le diamètre gauche pour passer dans le diamètre transverse, mais il ne s'y arrête ordinairement pas et il vient occuper l'extrémité antérieure du diamètre oblique droit. On agira alors comme en présence d'une OIDA et on fera une application de forceps en se conformant à la règle classique; application régulière quant à la face, etc., oblique quant au bassin, la concavité des branches étant dirigée en avant et à gauche, et dans ce procédé, ajoute Vallois, à qui nous empruntons la citation,

la main fait accomplir à la tête les deux tiers de sa rotation; le chemin que doivent parcourir les cuillers du forceps est donc abrégé au grand avantage des parties molles. C'est une transformation avec la main des occipito-postérieures en occipito-antérieures.

mais si l'Intervention manuelle échoue, comment appliquer le forceps ?

Contrairement à Smellie, qui essayait toujours de ramener l'occiput en avant, Baudelocque, Capuron, Nœgelé laissaient l'occiput se dégager en arrière et pratiquaient l'extraction en O S.

On a reproché, en effet, à la rotation artificielle d'entraîner la mort de l'enfant par torsion du cou; Stoltz, Villeneuve, Chassagny notamment, ont insisté sur les dangers de la rotation à l'aide du forceps.

Le professeur Tarnier a fait justice de cette opinion en montrant que :

1° Le mouvement de rotation ne se passe pas seulement dans l'articulation atloïdo-axoïdienne, mais dans toute l'étendue de la région cervicale et d'une partie de la région dorsale dont les vertèbres se tordent en spirale;

2° La rotation exagérée expose moins à la compression de la moelle épinière qu'une flexion aussi considérable que celle que l'on est obligé de produire pour dégager l'occiput en arrière.

Ribémont-Dessaignes n'a trouvé, en aucun point, de déformation ni d'aplatissement du canal raché-

dien; la moelle occupe le centre de ce canal, elle n'est donc exposée à aucune compression, mais elle subit une torsion sur son axe parallèle à celle que subissent les vertèbres.

D'après Tarnier : que l'occiput réponde à l'extrémité postérieure d'un diamètre oblique ou du diamètre droit, la prise sera toujours régulière par rapport à la tête, la courbure de l'instrument dirigée vers le front; suivant la position de l'occiput l'application sera oblique ou directe par rapport au bassin. L'opérateur doit d'abord abaisser la tête, tenter la rotation en avant et dégager, soit avec le forceps renversé, soit après avoir fait une seconde application.

Si la rotation artificielle était trop difficile ou exigeait l'emploi de la violence, il ne faudrait pas insister et on se déciderait à dégager l'occiput en arrière.

Après avoir rapporté l'opinion des différents auteurs; voyons maintenant quelle a été la conduite tenue dans les divers accouchements en occipito-postérieures pratiqués à la Maternité Baudelocque; c'est celle, du reste, que Bataillard donnait dans sa thèse, celle que M. le professeur agrégé Varnier résumait ainsi dans la *Revue d'obstétrique* en 1889 :

1° Ne rien faire tant que la dilatation n'est pas complète ou le col largement dilatable;

2° A partir du moment où la dilatation est complète, surveiller attentivement les battements du

cœur foetal, et tant qu'ils restent bons se garder d'intervenir. Dans l'immense majorité des cas, on voit alors l'accouchement se terminer spontanément dans les deux heures qui suivent la dilatation complète;

3° Si au bout de deux heures le fœtus n'est pas expulsé, il faut, même si les battements du cœur restent bons, intervenir pour aider à la terminaison et ceci pour deux raisons :

a Parce qu'un séjour plus prolongé de la tête dans l'excavation expose la mère à des fistules;

b Parce que l'expérience a montré que quand l'expulsion n'est pas accomplie au bout des deux heures on a bien peu de chances de la voir aboutir spontanément dans un temps compatible avec la vie de la mère et de l'enfant :

4° Mais quel que soit le temps écoulé depuis la dilatation complète, on doit agir de même s'il existe une indication pressante, du côté de la mère ou du côté du fœtus.

D'après les tableaux placés à la fin du chapitre précédent, on peut voir que sur 76 accouchements par le forceps, 15 fois on est intervenu avant que les deux heures ne soient écoulées.

Neuf fois pour modifications des bruits du cœur foetal.

Cinq fois pour épuisement de la femme.

Une fois parce qu'une tumeur liquide extra-utérine s'opposait à la descente.

Dans aucun cas on n'employa la main comme moyen unique de réduction des occipito-postérieures, mais, comme le fait remarquer Bataillard, dans les cas où, au moment de l'application du forceps, l'occiput se trouvait en arrière, la seule introduction de la main destinée à guider la cuillère a suffi, en formant coin, à ramener l'occiput en position transversale et cela sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucune manœuvre spéciale. Par conséquent, quand on est décidé à intervenir dans une variété postérieure, il convient de considérer la tête comme étant en transversale et de se comporter en conséquence.

Nous empruntons à l'ouvrage de Farabeuf et Varnier la manière, d'opérer, celle qui est suivie à la clinique Baudelocque, et *par tous les accoucheurs du reste ?*

« Introduisez toute entière, pouce compris, la main qui va servir de guide à la première cuillère, la postérieure. Forcez la vulve avec précaution ; pour sentir l'oreille qui est postérieure et couvrir la ligne pariéto-malaire, portez la main à plat, la paume en l'air directement en arrière. Glissant devant le coccyx qu'ils débordent de chaque côté, les doigts au contact de la tête remontent devant le sacrum.

« Quand toute la main est introduite, pouce compris, que la vulve enserre le poignet, vous avez dépassé les bords de l'orifice utérin, vous cherchez, trouvez et examinez facilement

l'oreille dont le lobule est à peine à la hauteur de l'os malaire que doit venir embrasser l'œillet du bec de la cuillère.

« Si votre index est sur l'oreille, vos autres doigts couvrent la ligne pariéto-malaire, ligne d'application du forceps.

« La main guide étant bien en place présentez et introduisez la cuillère postérieure. Pour qu'elle pénètre dans l'axe même de la main, à plat comme celle-ci, tenez d'abord le manche très oblique déjeté vers la gauche ou la droite maternelle. Ensuite abaissez-le directement et la main qui le tient descendra en dehors de l'avant-bras opposé.

« Retirez la main guide, déposez et laissez reposer la branche sur la fourchette. Un aide agenouillé s'empare du manche et le maintient immobile pendant la mise en place en place de la deuxième branche.

« Pour placer celle-ci, introduisez la main guide, sans le pouce, au contact de la tête, entre le coccyx et l'ischion le plus profondément possible jusqu'à ce que la branche ischio-pubienne arrête la commissure du pouce et de l'index ; puis sur celle-ci engagez et conduisez la seconde cuillère.

Que la main qui tient le manche d'abord dressé un peu à gauche du plan médian, s'abaisse obliquement comme pour venir tomber en dehors de l'avant bras opposé. N'hésitez pas à pousser la

cuillère très haut, sans forcer bien entendu. Il faut que le bec dépasse le demi-frontal postérieur et trouve au delà un vide où il se loge, et qui permette à la concavité de la cuillère de s'adapter doucement et parfaitement à la courbure céphalique. Sans cette condition, la cuillère ne pourrait ultérieurement glisser, en rasant la tête sur la ligne pariéto-malairé antérieure, à cause de l'étroitesse de l'espace qui sépare le front du contour latéral du bassin.

Pour provoquer ce glissement nécessaire qui doit amener la cuillère de la position oblique postérieure à la position antérieure directe, craignez de déplacer la tête et la cuillère postérieure, ce qui pourrait arriver si vous persistiez à vous servir de la main guide. Agissez avec la poignée, en développant pour le tripler le mouvement que l'on fait pour placer les cuillères dans la position O P. Puis simultanément abaissez le manche car le bec a besoin de pénétrer encore; reportez-le vers la cuisse qui correspond à la variété transversale, enfin tordez et amenez le crochet qui se dressait obliquement à se diriger directement vers le côté de la femme qui correspond à la position, ce qui provoquera la cuillère à se mouvoir en glissant en avant à la manière d'une anse. La manœuvre est au tiers faite, la cuillère a débordé la main-guide et se trouve sur le côté. Pendant que vous reprenez cette main-guide, continuez à abaisser le manche pour que le bec monte tou-

jours ; tordez le crochet pour faire glisser la cuillère plus en avant sur la bosse frontale antérieure jusqu'à ce que le crochet regarde obliquement en bas et du côté de la position de l'occiput. Ce faisant vous verrez le manche croisé largement au-dessus et à gauche du premier placé et descendre au-dessous de l'horizon. Il n'est pas encore temps de vous arrêter, la manœuvre n'est qu'aux deux tiers faite. Continuez à abaisser le manche pour que le bec monte toujours ; tordez le crochet pour faire glisser la cuillère tout à fait en avant sur la ligne pariéto-malaire, ne vous arrêtez que lorsque ce crochet regardera directement en bas, le manche croisant plus largement sur le premier placé, prendra obliquement, déprimera davantage la fourchette ; finalement vous le ramènerez de bas en haut pour l'articuler avec son congénère.

Si la prise est bonne, régulière, les plats des parties articulaires s'appliquent exactement l'un à l'autre. Vérifiez, achevez la descente s'il y a lieu, et quand celle-ci est complète, imprimez un mouvement de rotation, si elle ne se fait pas d'elle-même.

Achevez l'extraction, en engageant la tête dans le bassin mou par une traction à peu près horizontale, puis faites-lui parcourir ce bassin mou et franchir la vulve en relevant progressivement la traction. » (Farabeuf et Varnier, *Introduction à l'étude des accouchements*.)

Telle est la manière d'opérer quand la tête se trouve en transversale ; mais la cuillère posté-

rière devant toujours être introduite la première c'est la cuillère femelle qui devra être introduite première dans les droites transversales, ce qui obligera à un décroisement pour articuler, tandis que dans la position gauche transversale, la branche gauche ou mâle étant introduite la première, l'articulation se fera très facilement. Étant donné que dans tous les cas de variétés postérieures observés à la clinique Baudelocque, la réduction en variété transversale a été possible ou plutôt s'est faite spontanément ou sans intervention spéciale, on peut conclure que, contrairement à l'opinion de Cazeaux, Charpentier et autres, loin d'être pénible pour l'opérateur, l'application de forceps en gauche postérieure est plus facile ainsi que le remarquait M. Pinard dans une clinique récente que dans l'application en DP.

Donc, de toutes les interventions, on doit de préférence choisir l'extraction au forceps ; elle est en général facile ; elle réussit toujours, tandis que l'intervention manuelle nécessite quelquefois secondairement une application de forceps, d'où prolongation du travail pour la femme, et chances plus grandes d'épuisement ; le forceps secondaire présente alors moins de chances de réussir.

Que faut-il faire lorsque l'occiput tourne en arrière ? Nous dirons avec Ribémont-Dessaignes et Lepage, « ne point s'inquiéter, et si la femme a des contractions régulièrement énergiques, espérer que l'expulsion sera spontanée. Si la tête reste

pendant plus d'une heure et demie sans progresser, après dilatation complète, intervenir à l'aide du forceps. » (*Précis d'obstétrique.*)

1880

4^o La seule intervention rationnelle quand l'accouchement ne se termine pas spontanément, est l'extraction au forceps.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

